



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGENSÃO  
JOÃO DE DEUS**

**Abordagem Terapêutica de Enfermagem ao Doente  
Depressivo - o uso da Psicoeducação no Tratamento da  
Sintomatologia Depressiva**

**José Eduardo Miranda Maia**

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

**Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Évora, 2016**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Abordagem Terapêutica de Enfermagem ao Doente  
Depressivo - o uso da Psicoeducação no Tratamento da  
Sintomatologia Depressiva**

**José Eduardo Miranda Maia**

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

**Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Évora, 2016**

## Agradecimentos

A vida tem mais sentido quando ambicionas algo e o consegues atingir, reconhecer que sozinho nada seria possível é uma forma de agradecer tudo o que conquistei. Às pessoas que passaram ou estão presentes na minha vida e que de alguma forma, contribuíram para a minha formação, gostaria de agradecer a forma como me ajudaram, incentivaram, transmitiram conhecimentos, por vezes sem mesmo ter a noção que os estavam a fazer e de uma forma tao eficaz.

Agradecer ao meu orientador En<sup>o</sup> Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Manuel Brandão, pela sua dedicação e orientação durante todo o ensino clínico, assim como a todo o pessoal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSNA, situado no Hospital Dr. José Maria Grande, EPE em Portalegre, pelo esforço e simpatia que sempre demonstraram.

Ao Professor Doutor Raul Cordeiro, docente que escolhi para orientar todo o relatório clínico, o meu muito obrigado.

Aos meus colegas da Unidade de Cuidados Continuados de Arronches, na pessoa da minha chefe En<sup>a</sup> Deolinda Pinto, pela disponibilidade profissional que garantiu a minha frequência no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Aos colegas de turma pelo apoio prestado em momentos mais frágeis ao longo do curso. Agradecer de uma forma muito especial aos amigos, à minha família, sobretudo à minha mulher pelos períodos de ausência, a pouca disponibilidade revelada em muitos momentos, a compreensão, apoio e ajuda, de forma a superar os diversos obstáculos que surgiram.

Por fim, uma palavra muito especial ao meu filho Santiago, que com apenas cinco anos foi a minha maior fonte de inspiração, força e persistência, na busca de um crescimento profissional e pessoal que ambicionava, foi duro e por vezes houve altos e baixos, mas que foram superados com um simples sorriso, um abraço ou uma palavra. A ti e a todos os que atrás mencionei o meu muito Obrigado, sem vocês talvez não tivesse sido possível.

## **Resumo**

A depressão é uma doença, é necessário reconhecê-la como tal e procurar capacitar as pessoas que com ela convivem a procurar ajuda e precocemente iniciar o seu tratamento.

Dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo apresentaram recaídas, muitas vezes devido à não adesão ao tratamento. Nesse contexto, o tratamento medicamentoso combinado com intervenções psicossociais torna-se cada vez mais utilizado, sendo a Psicoeducação uma das intervenções mais eficazes.

O desenvolvimento de um programa Psicoeducativo nesse sentido teve como base e metodologia o processo de relação de ajuda. Pretende-se criar as condições necessárias para que a própria pessoa reconheça a sua patologia, os sintomas que dela decorrem, a importância da adesão terapêutica e a necessidade de suporte por parte da família na pessoa com depressão.

No final, procura-se desenvolver e refletir as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no diagnóstico, intervenção e avaliação na pessoa com sintomatologia depressiva.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Depressão, Psicoeducação.

## **Abstract**

*Therapeutic approach to nursing depressive patient – the use of psychoeducation in the treatment of depressive symptomatology*

Depression is a disease, it is necessary to recognize it as such and seek to enable people to live with her to seek help early and start your treatment.

Of individuals who received treatment for a depressive episode had relapses, often due to non-adherence to treatment. In this context, drug treatment combined with psychosocial interventions becomes increasingly used, the Psychoeducational one of the most effective interventions.

The development of a program accordingly Psychoeducational was based on the methodology and process aid relationship. It is intended to create the necessary conditions so that the person recognize their disease, the symptoms resulting from it, the importance of adherence and the need for support by the family in person with depression.

In the end, we seek to develop and reflect the skills inherent to the nurse specialist in nursing Mental Health and Psychiatry in the diagnosis, intervention and evaluation in people with depressive symptoms.

**KeyWords:** Nursing, Depression, Psychoeducation.

## **Índice de Siglas**

BDI – Inventário da Depressão de Beck

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

EPE – Empresa Público Estatal

ESSMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

HDJMG – Hospital Dr. José Maria Grande

OE – Ordem dos Enfermeiros

ULSNA - Unidade Local de Saúde do norte Alentejano

UTRA – Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos

SAPE – Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem

## **Lista de Quadros**

**Quadro 1** – Caraterização do Projeto de Psicoeducação

**Quadro 2** - Propostas de diagnósticos e Intervenções Programadas

**Quadro 3** – Prescrições de Intervenções Programadas

## **Lista de Figuras**

**Figura I** - Rastreio do utente com doença mental no Distrito de Portalegre

**Figura II** - Caraterização do Distrito de Portalegre

## **Lista de Tabelas**

**Tabela I**- Apresentação Clínica dos Utentes

**Tabela II** - Plano Individual de Intervenção – Caso Clínico 1

**Tabela III** – Plano Individual de Intervenção – Caso Clínico 2

**Tabela IV** – Plano Individual de Intervenção – Caso Clínico 3

## **Lista de Anexos**

**Anexo I** - Inventário da Depressão de Beck

**Anexo II** - Cotação das Respostas ao Inventário Depressão de Beck

**Anexo III** - Avaliação do Estado Mental

**Anexo IV** - Exame do Estado Mental

**Anexo V** - Questionário de Satisfação dos utentes

## Índice

0 - Introdução .....	10
1 - Caracterização do contexto .....	12
1.1 - Recurso organizacional.....	12
1.2 – Caracterização do ambiente de cuidados.....	13
1.2.1- Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental .....	14
1.2.2 - Urgências Psiquiátricas .....	14
1.2.3 - U.T.R.A. - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos .....	15
1.2.4 - Comunidade – Visitação Domiciliária .....	15
1.2.5 - Formação – Processo Formativo .....	15
1.3 – Organização e Funcionamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	15
2 - Enquadramento Teórico .....	20
2.1 - Depressão .....	20
2.2 - Psicoeducação .....	22
2.3 - Psicoeducação na Depressão .....	23
3 – Programa de Psicoeducação no Tratamento da Sintomatologia Depressiva .....	26
3.1 - Análise da População/Escolha da amostra .....	39
3.2 - Caracterização da População .....	42
3.3 - Definição dos Objetivos .....	43
4 - Conteúdos e Estratégias de Intervenção Profissional.....	46
Estudo de Caso nº1 .....	50
Estudo de Caso nº2 .....	54
Estudo de Caso nº3 .....	59
5 - Reflexão dos Resultados .....	64
6 - Considerações Finais.....	69
7 - Referências Bibliográficas .....	70

8 - Anexos.....	74
Anexo I – Inventário da Depressão de Beck .....	74
Anexo II – Avaliação do Estado Mental .....	80
Anexo III – Exame do Estado Mental .....	82
Anexo IV – Questionário de Satisfação dos Utentes.....	83

## **0 - Introdução**

A construção de uma identidade profissional é um processo dinâmico, que permite o desenvolvimento permanente de competências que definem o que é “ser enfermeiro”. Neste processo, a formação, tanto inicial como contínua desempenha um papel fundamental, já que a intervenção do enfermeiro se fundamenta de acordo com um suporte teórico.

No âmbito do Ensino Clínico no terceiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, foi elaborado o presente relatório clínico, caracterizando todo um percurso baseado no desenvolvimento de competências específicas, fomentando a ligação da teoria à prática e possibilitando aprendizagens profissionalmente relevantes. Na prestação de cuidados na área da saúde mental e psiquiatria, desenvolvem-se os conhecimentos necessários para se estabelecer de forma efetiva relações terapêuticas. Entenda-se que é inerente a capacidade necessária de autoconhecimento e da consciência de si, a aquisição de conceitos teóricos na sua área de intervenção bem como na área da relação.

São ainda necessárias competências múltiplas nomeadamente de comunicação, de acompanhamento de determinados processos e de adoção dos princípios da relação de ajuda, de consciência ética, bem como, das fronteiras e limites do papel profissional.

Para tal, foi fundamental, que a prática clínica fosse uma prática reflexiva, onde a aplicação de conhecimentos já interiorizados e cimentados, reconhecesse a fase em que se encontra o utente, procurando satisfazer as suas necessidades.

A doença depressiva não só é uma das patologias mais comuns da atualidade, é também muito frequente nos serviços de psiquiatria. No serviço de psiquiatria onde realizei o ensino clínico, verificou-se uma grande percentagem de utentes com diagnóstico clínico de depressão. Independentemente da sua severidade, a depressão provoca um impacto negativo na atividade funcional diária de um indivíduo e conseqüentemente na sua qualidade de vida. O acompanhamento da pessoa deprimida necessita de uma intervenção multisectorial, como condição necessária para uma efetiva resolução do problema. A depressão é frequentemente apontada como uma das causas de maior utilização das estruturas assistenciais de saúde.

De acordo com o referido, a temática deste trabalho assenta fundamentalmente no desenvolvimento das competências na abordagem terapêutica de enfermagem ao doente com sintomatologia depressiva, através do uso da Psicoeducação no seu tratamento e prevenção. A proposta de realizar o ensino clínico foi deixada ao critério de cada um, como tal propus-me a

integrar o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre.

Existiu então a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção focado na ajuda à pessoa com depressão, no sentido de potenciar a pessoa, a perceber a sua patologia, identificando sinais e sintomas, promovendo estratégias de prevenção e a compreender a importância do tratamento, desenvolveu-se um programa de Psicoeducação, para a pessoa com o diagnóstico clínico de Depressão.

A intervenção profissional destacada decorreu em contexto de internamento onde os cuidados e intervenções são lideradas por profissionais especializados na área da saúde mental.

Inicialmente, caracterizou-se e descreveu-se todo o contexto profissional, desde a instituição, aos cuidados prestados, terminando no perfil do utente com depressão. Seguidamente, a caracterização do programa de intervenção e metodologia desenvolvida dão continuidade ao relatório clínico, refletindo posteriormente sobre o trabalho desenvolvido, o recrutamento da população alvo, assim como os critérios de seleção, não foram deixados ao acaso, pois com a definição dos objetivos a alcançar, assim como todas as intervenções programadas e realizadas com os utentes estão na base para o sucesso de toda a intervenção.

Por fim, uma profunda análise dos resultados obtidos, as conclusões que surgiram a partir daí, resumem as competências adquiridas ao longo de todo este processo de crescimento profissional e específico na Saúde Mental.

## **1 - Caracterização do contexto**

O Ensino Clínico constituiu-se como o espaço e o período em que se consolidam saberes teóricos, acumula-se experiências diversas e desenvolve-se competências profissionais, a fim de as por em prática nas situações clínicas reais.

O Ensino Clínico decorreu de 09 de Setembro de 2015 a 22 Janeiro de 2016, no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, num total de 18 semanas (500 horas de estágio), com interrupção no Natal e Ano Novo.

A Supervisão Clínica, do ensino clínico, teve a cargo do Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Manuel António Pinto Brandão, que desempenhou o papel de orientador institucional, sendo a Orientação Pedagógica exercida pelo Professor Doutor Raul Cordeiro docente do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora.

### **1.1 - Recurso organizacional** – ULSNA, E.P.E - Hospital Dr. José Maria Grande, EPE

Em 1 de Março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007), foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia. A ULSNA, E.P.E. tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como articular com as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. A área de influência corresponde a todo o distrito de Portalegre, abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel. A ULSNA, E.P.E. é constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, cuja composição se encontra prevista no artigo 33.º do Regulamento, de Elvas e pelos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre.

A sua missão assenta na promoção do potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. Visa constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas. Assume que, o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a excelência técnica, a acessibilidade e equidade dos cuidados, a promoção da qualidade, a ética, integridade e transparência, a motivação e atuação pró-ativa, a melhoria contínua, o trabalho de equipa e o respeito pelas normas ambientais são os principais valores a seguir por todos os profissionais que nela se inserem.

## **1.2 – Caracterização do ambiente de cuidados**

A efetivação do Ensino Clínico inseriu-se nas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, localizada no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, apresenta como valências o Internamento de Agudos e a Consulta Externa de Psiquiatria. Anexo ao edifício principal do hospital mantém uma interdependência com as outras especialidades e unidades funcionais que compõem a Unidade Hospitalar.

O Serviço de Psiquiatria presta assistência psiquiátrica e de saúde mental aos utentes com idade superior a 18 anos de idade, de ambos os sexos, que residem no distrito de Portalegre ou fora dele, sendo que tenham recorrido ao Serviço de Urgência. Os utentes são referenciados pelo médico de família, outras instituições ou serviços, recorrendo ao Serviço de Urgência, por iniciativa própria, ou respetiva família. Na admissão, o utente passa primeiramente pela Consulta Externa do Departamento de Psiquiatria, ou Serviço de Urgência Geral/Psiquiátrica, onde o Enfermeiro, Médico, Psicólogo ou Assistente Social realizam uma entrevista inicial, para posteriormente o Psiquiatra analisar e encaminhar para o tratamento, que segundo a condição médica, aditiva, mental, relações interpessoais, suporte familiar e financeiro, e problemas legais do indivíduo, determina em concordância com este, se o tratamento se iniciará em contexto de internamento ou de domicílio.

É também missão do serviço melhorar a qualidade dos cuidados, através da realização de programas de educação e promoção para a saúde ao utente/família reabilitando e reintegrando os utentes na comunidade, prevenindo deste modo recaídas e diminuindo os reinternamentos.

Atualmente o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria coloca ao serviço da população do distrito de Portalegre as seguintes valências:

### **1.2.1- Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental**

**Consulta de Enfermagem** - Realiza-se de segunda a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande.

**Consulta Externa de Psiquiatria** - Realiza-se de segunda a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande.

**Área de Atendimento Infantil e Juvenil** – contexto de consulta diária no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, onde o diagnóstico e intervenção, na criança, adolescente e família, se realiza consoante as necessidades.

**Consulta de Psicologia Clínica** - Realiza-se de segunda a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande. **Consulta/Assistência de Serviço Social** – é efetuada diariamente, sempre que necessário aos utentes e famílias que recorram a este serviço.

**Consulta/Terapia Ocupacional** – é realizada semanalmente para utentes externos ao Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

### **1.2.2 - Urgências Psiquiátricas**

Estão incluídas no Serviço de Urgência Geral, sendo responsáveis pela avaliação clínica, 2 médicos Psiquiatras e sempre que necessário, uma psicóloga, nos dias úteis no horário das 9.00h às 21.00h no Hospital Dr. José Maria Grande, estando salvaguardados os casos clínicos nos dias em que não existe Psiquiatra de serviço pelo Hospital Central neste caso Hospital de São José em Lisboa, sendo os utentes transferidos para observação.

Como já referi anteriormente, os utentes são admitidos no serviço através da urgência geral, da consulta externa de psiquiatria, ou por transferência de outros serviços do hospital. O seu internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei nº. 36/98, de 24 de Julho, conhecida por Lei de Saúde Mental)

### **1.2.3 - U.T.R.A. - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos**

As sessões de terapia de grupo da Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos de Portalegre, atendem grupos de indivíduos de ambos os sexos (entre 5 a 10 pessoas por sessão) provenientes do serviço de internamento e consultas externas. São sessões quinzenais, durante mais ou menos um ano, com a intervenção autónoma e da inteira responsabilidade do Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Manuel António Pinto Brandão.

### **1.2.4 - Comunidade – Visitação Domiciliária**

A equipa de enfermagem atua de forma planeada na supervisão terapêutica e na relação de ajuda ao utente/família e/ou cuidador, com participação efetiva da assistente social e caso seja necessário do Psiquiatra responsável.

### **1.2.5 - Formação – Processo Formativo**

O serviço envolve-se no processo formativo na medida em que coloca ao dispor recursos físicos e técnicos:

- Ensinos clínicos no curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e/ou mestrado em enfermagem;
- Ensinos clínicos no curso de licenciatura em enfermagem;
- Ensinos clínicos em Programa de Erasmus no curso de licenciatura em enfermagem;
- Ensinos clínicos de licenciatura em medicina;
- Internato de medicina geral e familiar;
- Internato complementar de psiquiatria;
- Ensinos clínicos de psicologia clínica;
- Ensinos clínicos de terapia ocupacional;

## **1.3 – Organização e Funcionamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental**

A equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é constituída por treze enfermeiros, dez dos quais trabalham em regime de *roulement*, e três em regime de horário fixo, mais especificamente, a enfermeira chefe, uma enfermeira coordenadora do serviço

e a enfermeira responsável pelas consultas externas. A equipa médica constitui-se por três médicos especialistas em psiquiatria, um dos quais é diretor de serviço e outro é coordenador do internamento. Realizam internato em psiquiatria duas médicas. Destacam-se ainda duas técnicas de serviço social, que orientam a sua prática diária no apoio social aos utentes/famílias que se encontram no serviço de internamento ou no ambulatório, uma psicóloga, que trabalha em conjunto com a equipa de enfermagem, na realização de entrevistas e elaboração de testes de avaliação psicológica aos utentes em internamento.

Integra ainda a equipa de saúde, a terapeuta ocupacional que adequa a sua ação em sessões de grupo ou individual diariamente, contando sempre com a participação da equipa de enfermagem caso seja necessário.

Por fim completam a equipa multidisciplinar sete assistentes operacionais em regime de *roulement*, que desempenham atividades de acordo com as necessidades dos utentes e do serviço.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (Internamento) tem uma lotação de quinze camas, seis camas para homens e nove camas para mulheres; é composto por três enfermarias, uma sala de convívio, uma sala de fumadores, uma sala de televisão, uma sala de terapia ocupacional, um jardim interno, uma sala de trabalho de enfermagem, vários gabinetes e instalações próprias de uma unidade hospitalar (wc homens e mulheres, rouparia, refeitório, arrecadação).

Em termos de funcionamento e rotinas do serviço, a equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente quarta ou quinta-feira, onde médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, técnica de serviço social e psicóloga avaliam individualmente cada utente em termos da sua evolução clínica, o ajuste necessário do plano terapêutico e intervenções a realizar com os mesmos.

A equipa de enfermagem na sua maioria possui vários anos de experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria, salientando o facto de seis dos doze enfermeiros do serviço terem creditações de enfermeiros especialistas, sendo os restantes seis elementos são enfermeiros generalistas e de cuidados gerais. Uma equipa de enfermagem homogénea, maioritariamente feminina com uma faixa etária elevada, demonstrando os anos de experiência na saúde mental e em outras áreas de enfermagem. Relativamente à metodologia de trabalho do serviço, caracteriza-se pelo método por Enfermeiro responsável. A distribuição dos utentes é feita pelo responsável de turno, pelos diferentes enfermeiros presentes no turno. De salientar ainda que no turno da manhã (8/16h) estão presentes três enfermeiros, a enfermeira chefe, dois assistentes operacionais e os restantes técnicos do serviço. No turno da tarde (16/0h), encontram-se no serviço dois enfermeiros, um assistente operacional, sendo exatamente igual no turno da noite (0h/8h). Deste modo, o enfermeiro é o responsável pela admissão do utente no serviço, realizando a entrevista

de avaliação diagnóstica, identificando os diagnósticos, avaliando as necessidades e planeando as intervenções para o utente. Permite assim, estabelecer o plano individual de cuidados, traçando objetivos e intervenções de forma a obter ganhos em saúde. No decorrer do internamento e de acordo com a evolução clínica do utente, esse mesmo plano poderá ser reorientado face ao estado clínico do utente ou até mesmo delineado outro plano de cuidados mediante a necessidade para tal. Na programação da alta clínica, o processo clínico fica concluído e o plano de cuidados definido, que poderá ter sido atingido ou não, é então realizada a carta de alta de enfermagem ou transferência.

O processo clínico encontra-se informatizado. No que respeita aos registos de enfermagem foi adotado pelo Hospital e Serviço de Psiquiatria a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), colocada em prática através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem, tendo por base os diagnósticos identificados, de modo a obter ganhos em saúde. Utilizam-se as seguintes escalas:

Escala numérica da dor, avaliada diariamente e sempre que necessário;

Escala de Morse para avaliação do risco de quedas;

Escala de Braden, avaliada em dias alternados, para avaliação do risco de úlceras de pressão.

Após a admissão do utente no serviço, vários procedimentos e regras são explicadas aos próprios utentes e seus familiares, desde logo são verificados todos os seus pertences, sendo que todos os objetos de valor são entregues à família ou ao acompanhante, se o mesmo assim o entender. Não é permitido o utente ter em sua posse, o telemóvel, computador, objetos cortantes, cintos, ou outros objetos que possam pôr em causa a sua integridade física e a dos restantes utentes. Relativamente ao consumo de tabaco no caso de o utente não ter condições para gerir o próprio consumo, os cigarros são guardados em local próprio e facultado ao utente, cerca de um a dois cigarros por hora, tudo isto previamente acordado entre equipa de enfermagem e utente. Os utentes tem indicações expressas que só podem fumar na sala definida para esse fim (sala para fumadores) com ventilação e condições propícias a isso, ou no jardim interno do serviço.

O despertar no serviço é às 7.30h, seguindo-se os cuidados de higiene e conforto até as 9 horas da manhã, hora pela qual é fornecido o pequeno-almoço. Durante o dia o utente pode usar a sua roupa pessoal promovendo a sua auto-imagem e elevando a auto-estima, caso contrário pode sempre optar por usar um pijama do serviço. O almoço é servido cerca das 13 horas, o lanche às 17 horas, o jantar às 19 horas e a ceia às 21 horas, todas as refeições são realizadas no

refeitório, caso o estado clínico do utente o permita e respeitando sempre os mesmos lugares, abandonando o local sempre depois de todos os utentes já terem terminado a sua refeição. Cada utente apenas pode beber dois a três cafés por dia. As refeições vêm preparadas previamente em embalagens próprias, respeitando as dietas definidas pela equipa de enfermagem e individualizadas para cada utente, são fornecidos talheres de plástico e após o término da refeição são lhe retirados e contabilizados. A confeção da alimentação fornecida é da inteira responsabilidade da empresa alimentar SUCH.

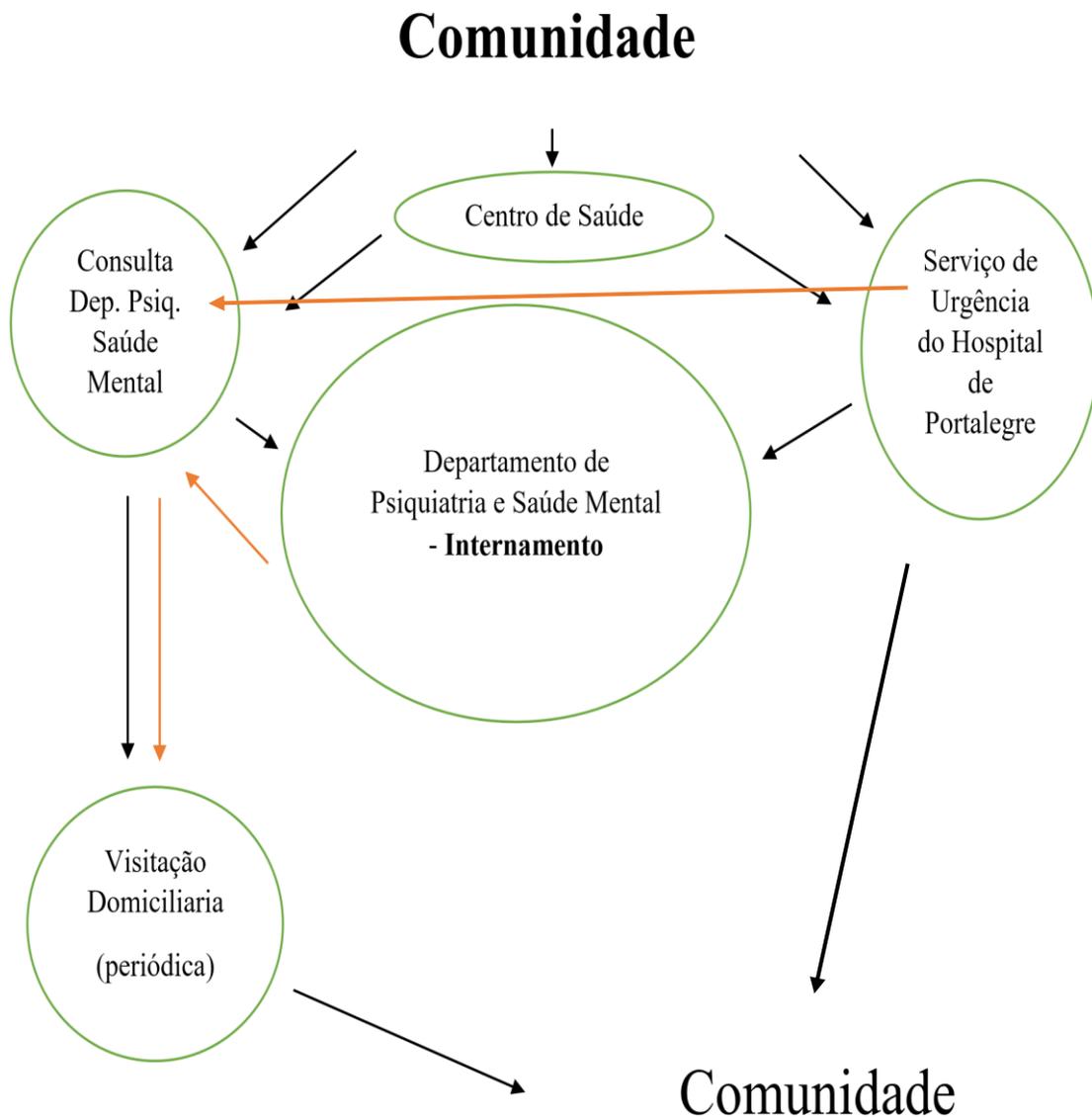
Outra das regras estabelecidas no serviço, proíbe o utente ter alimentos no seu quarto, para prevenir complicações decorrentes de engasgamento provocado por sonolência ou disfagia, promove comportamentos adequados, respeito e cumprimento das dietas estabelecidas. Ainda assim os familiares podem facultar alimentos aos utentes para que sejam consumidos no horário das visitas ou nas refeições principais, sempre com a concordância da equipa de enfermagem.

Por fim, no término do levante os utentes regressam aos quartos após a ceia respeitando o período noturno entre as 21 e as 7 horas, período durante o qual todos os utentes têm que permanecer nos seus quartos. Os utentes podem realizar chamadas para o exterior e receber todas as que lhe sejam dirigidas, no entanto se os profissionais de saúde entenderem que os contactos são prejudiciais para o utente, podem restringir esses mesmos contactos.

Em termos de visitas por parte de familiares e amigos, as mesmas estabelecem-se fora do internamento numa sala destinada para esse efeito, o que na minha opinião é uma falha do serviço pois os utentes e famílias não estão supervisionadas pelos profissionais nem são controlados os objetos que a própria família traz consigo para o serviço. Existem diariamente dois horários de visitas, sendo estes das 14 às 15 horas e das 18:30 às 19:30 horas. Os utentes tem o direito de recusar receber qualquer contacto do exterior assim como visitas da família e amigos desde que expressem essa vontade junto da equipa multidisciplinar.

O serviço pretende fundamentalmente uma melhoria da qualidade de vida dos utentes que nele se inserem, os cuidados prestados visam uma evolução positiva quer nos utentes, quer na família, desta forma e sempre que seja oportuno os utentes saem à rua acompanhados pela terapeuta ocupacional e por enfermeiros do serviço, para realizarem pequenos passeios à papelaria do edifício principal, comprar um jornal ou revistas e até mesmo tabaco, ir ao bar do Hospital beber um café, tudo isto com o intuito de fomentar momentos que favoreçam uma interação com o meio, e uma reintegração social.

**Figura I** – Rastreo do utente com doença mental no Distrito de Portalegre



## **2 - Enquadramento Teórico**

### **2.1 - Depressão**

As perturbações depressivas constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população em geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2020 a depressão será a segunda causa de prejuízo provocado por doença, medido pelo Disability Adjusted Life Years, ficando apenas atrás das doenças cardíacas, sendo que nos países desenvolvidos serão mesmo a primeira causa de mortalidade e morbidade a nível mundial em 2030, com uma carga grande em termos de custos (WHO, 2008). Um dos maiores custos é e será o sofrimento psicológico, e o seu prolongamento.

As perturbações depressivas são caracterizadas pelo seu curso recorrente, muitas vezes crónico. Alonso (2003) refere mesmo que a depressão é a primeira causa de incapacidade no mundo. Prejudica a qualidade de vida dos indivíduos afetados mais do que qualquer outra doença, e frequentemente, conduzem ao suicídio e para-suicídio.

A Depressão segundo o DSM V (2014) designa-se como uma alteração do humor e manifesta-se através de sintomas, no mínimo cinco, de entre os quais o humor depressivo (ou irritável) e a perda de prazer (ou interesse) assumem-se como sintomas nucleares, acompanhados por outros como alterações significativas do peso, do apetite, do sono; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva (ou inapropriada); diminuição da concentração ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca da morte, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio (American Psychiatric Association, 2013). Associado a uma resposta temporal de pelo menos duas semanas, todos os dias, durante a maior parte do dia ao ponto de afetar a vida diária alterando-a em comportamentos automáticos como por exemplo, a higiene, não incluindo contudo sintomas inerentes a outra condição médica.

Durante muito tempo a depressão foi encarada como uma doença mental de origem orgânica ou como um distúrbio psicológico, fruto dos acontecimentos da vida e da personalidade, o que induzia em erro, limitando o tratamento à administração de terapêutica, não atendendo aos problemas psíquicos e à psicodinâmica dos sintomas, ou seja, à história e evolução ou desenvolvimento desses sintomas e ao papel que desempenham na vida da pessoa com depressão.

Desta forma, a classificação da depressão pode ser baseada na origem do distúrbio depressivo, sendo possível distinguir depressão endógena e depressão exógena.

A depressão endógena surge sem fatores que a desencadeiem, ou seja, caracteriza-se por não existir um motivo ou acontecimento externo que possa justificar o seu aparecimento.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) podem dividir-se em perturbação depressiva unipolar e perturbação depressiva bipolar. A perturbação depressiva unipolar engloba o episódio depressivo (ou depressão major), a perturbação depressiva recorrente e a distímia. O episódio depressivo caracteriza-se por humor deprimido, em que a pessoa comunica uma vivência de dor e abatimento através da fala e da mímica, como do comportamento. A perturbação depressiva recorrente define-se quando ocorreram dois ou mais episódios depressivos, separados por um período de remissão. Já o termo distímia indica uma forma de depressão ligeira crónica em que a pessoa tem sintomas depressivos quase diariamente e durante grande parte do dia, por um período mínimo de dois anos.

Por outro lado, a depressão exógena ou reativa está associada à perda. Como tal de, um objeto de amor, de uma pessoa querida ou de bens materiais, uma mudança a nível profissional ou de residência. O luto e o sentimento que se vive, constitui uma reação normal e necessária para se poder ultrapassar a perda, no entanto, no caso de uma personalidade menos equilibrada ou, simplesmente, frágil, será um luto mal assumido, que pode desencadear uma depressão.

Justificando tal facto, assume-se que alguns anos mais tarde, a tristeza ainda é tão intensa e profunda como no início, a vida dá a sensação que estagnou e, além disso, pode instalar-se um autêntico culto obsessivo pelo objeto de amor depressivo.

A etiologia da depressão, a perturbação do afeto mais estudada, ainda está longe de ser totalmente compreendida. Muitos casos de depressão ocorrem após determinadas situações stressantes, no entanto nem todos os indivíduos ficam deprimidos nessas circunstâncias. A probabilidade de determinada pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Ou seja, depende da intensidade e duração do evento stressor, da carga genética do indivíduo, das suas estratégias e reações de coping e da rede de suporte social em que se insere.

A etiologia da depressão continua a ser um assunto alvo de grande discussão e que está longe de ser compreendido. Apesar de muitos casos de depressão ocorrerem após determinados eventos, nem todos os indivíduos ficam deprimidos nas mesmas condições.

Dessa forma, a depressão caracteriza-se por uma doença multifatorial, envolvendo fatores genéticos, biológicos e psicossociais como já anteriormente referi.

Os fatores genéticos revelam-se especialmente nas formas graves, importância da depressão em familiares do 1.º grau, foram identificados alguns genes possivelmente implicados. As alterações neurais químicas surgem ligadas às substâncias dopamina, serotonina e noradrenalina com a diminuição dos níveis destas substâncias, não se sabe bem a que níveis mas existem medicamentos que “balançam” com a noradrenalina e melhoram a depressão.

Embora o fator genético exerça um papel bastante importante nesta patologia, os estudos têm demonstrado também a importância dos fatores ambientais como possíveis indícios precipitantes de quadros depressivos (Post, 1992; Post et al., 2000).

Nesta perspectiva e ao longo da vida, observa-se que os problemas podem ser os mesmos, mas a forma de lidar com eles é que muda, dos mecanismos de coping surgem diferentes formas de lidar com as experiências e resolver os conflitos que se deparam. A existência ou a ausência de uma forte rede social ou familiar também influenciam de forma positiva ou negativa a recuperação da pessoa com depressão.

Assim sendo, a probabilidade de determinada pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Ou seja, depende da intensidade e duração do evento stressor, da carga genética do indivíduo, das suas estratégias e reações de coping e da rede de suporte social em que se insere.

## **2.2 - Psicoeducação**

A Psicoeducação é uma abordagem educativa não-formal, que tem vindo a ganhar relevo pelo impacto positivo que exerce no processo de recuperação de determinadas doenças. Esta abordagem tem como principal objetivo fornecer informação sobre uma doença e disponibilizar ferramentas para lidar com as particularidades do problema de saúde. A literatura sobre intervenções psicoeducativas refere-se essencialmente a sessões expositivas de conhecimentos técnicos da doença, parecendo existir poucas referências que especifiquem outros métodos e

técnicas pedagógicas utilizadas neste tipo de intervenção. Assim, o objetivo de apresentar um programa de psicoeducação, dando principal enfoque ao papel dos vários métodos e técnicas pedagógicas utilizadas no mesmo, constitui-se na maioria das vezes, mais importante do que oferecer um tratamento exclusivamente medicamentoso.

A psicoeducação consiste numa intervenção que se caracteriza por informar o doente sobre o seu diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outras (Colom e Vieta, 2004).

Caminha *et al.*, (2003), citados por Figueiredo (2009) dizem que a psicoeducação dá a possibilidade ao doente de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da perturbação psicológica que precisa enfrentar, pois o mesmo passa a conhecer as consequências e os fatores desencadeantes e antecedentes dos problemas ou patologia que apresenta.

É importante disponibilizar uma intervenção que envolva vários componentes, incluindo terapia individual, de grupo, medicação ou outras. O objetivo da terapêutica bem como a ênfase e a ordem dos componentes da intervenção dependerão obviamente da correta e compreensiva avaliação de cada caso clínico.

### **2.3 - Psicoeducação na Depressão**

O tratamento da depressão deve envolver uma abordagem combinada ou integrada, no melhor interesse do doente, para que exista uma probabilidade grande de vir a obter uma maior eficácia no tratamento da depressão. O tratamento medicamentoso tem comprovado alguma eficácia no tratamento da depressão, mas o seu efeito nem sempre é suficiente para prevenir recaídas em alguns doentes.

Nesse contexto, todo o tratamento terapêutico combinado com intervenções psicoterapêuticas surgem cada vez mais como uma arma poderosa a utilizar na patologia depressiva. Exemplo disso mesmo, as Psicoterapias são técnicas que poderão ser adequadas e eficazes no tratamento de pessoas com depressão, na medida em que fornecem um suporte para fortalecer a vida da pessoa, focaliza os assuntos centrais, além da forte aliança terapêutica. A psicoterapia é um tratamento realizado por meios psicológicos, deve ser aplicado a cada pessoa e aplicar as intervenções individualmente. Entre estas intervenções, uma das formas de psicoterapia que vem sendo proposta é a psicoeducação.

A psicoeducação objetiva a ajuda à pessoa e à sua família a desenvolverem aptidões, proporciona informação acerca da doença e do seu tratamento, conduz a uma melhor compreensão da doença e do seu tratamento, capacita a prevenção das recaídas e reinternamentos. Pode ser feita individualmente, numa série de sessões, ou a grupos de pessoas e/ou famílias.

A psicoeducação em grupo apresenta um conjunto de vantagens desde a eficácia da intervenção, a integração no modelo dos transtornos do humor, tem um custo reduzido e necessita de pouco tempo. Como é realizada em grupo, a sua aplicação é simples e facilmente generalizável. Para estes autores a psicoeducação assume na sua intervenção os aspetos mais pertinentes que resultam de outros tratamentos testados para os distúrbios do humor como sejam, a deteção precoce dos sintomas, a regularização dos hábitos, a melhoria da adesão terapêutica, a gestão dos sintomas e a resolução de problemas (E. Vieta *et al.*, 2005).

Outros autores como Peet e Harvrey, (1991), Bauer e McBride, (1996) referem que o principal objetivo da psicoeducação é que o doente se torne um colaborador ativo e aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar a ação terapêutica mais efetiva, o que permite algo mais que uma simples transmissão de informações embora existam evidências de que só isso já traz benefícios no tratamento.

Na visão de Callaham e Bauer, (1999) a psicoeducação pode ser vista como uma troca de informações do terapeuta para o doente, mas também do doente para o terapeuta, o que permite ao doente um conhecimento específico sobre a doença, a importância da medicação, os efeitos secundários possíveis, da mesma forma que o terapeuta poderá intervir nas dificuldades do doente em relação à doença, à medicação, ao meio, à família ou seja, nos fatores que interferem na evolução da doença, aspetos específicos, próprios do doente e do seu meio.

Os mesmos autores evidenciam a psicoeducação como a tentativa de implementar, no doente, família e profissionais, recursos para lidar com a doença, através de uma partilha de informações relevantes (Callaham e Bauer, 1999).

Resumindo a Psicoeducação enquadra-se nas formas de educação não formal, visto que se trata de uma ação educativa organizada, que se desenvolve fora dos sistemas formais de ensino (Tudor, 2013). É uma abordagem educativa que visa ajudar os doentes e/ou seus familiares a aprender os principais aspetos sobre uma doença; esclarecer dúvidas e desmistificar crenças sobre a doença; fornecer estratégias de coping; reduzir o stress familiar provocado pela

doença; prestar apoio social; bem como, promover o envolvimento ativo do doente e da família nos cuidados de saúde (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Urzúa, Escudero, & Gutiérrez-Maldonado, 2015; Chan, Yip, Tso, Cheng, & Tam, 2009; Petitjean, 2011).

Esta é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, e caracteriza-se por ser estruturada, diretiva, limitada no tempo, focada no presente e no desenvolvimento de capacidades que permitam uma melhor gestão da doença (Pitschel-Walz, Rummel-Kluge, Reichhart, Bäuml, & Kissling, 2007; Reichhart, Pitschel-walz, Kissling, & Bäuml, 2010). A psicoeducação surgiu como uma forma complementar de intervir junto de doenças psiquiátricas, tais como as psicoses, a depressão, e os distúrbios de ansiedade, mas, aos poucos, não só se foi tornando uma abordagem mais consistente, como passou a ser aplicada a problemas de saúde de outras áreas como a oncologia, a neurologia ou a gerontologia (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003). Vários estudos vêm reforçar a eficácia da psicoeducação (Atkinson, Coia, Gilmour, & Harper, 1996; Bechdolf et al., 2010; McFarlane et al., 2003; Nasr & Kausar, 2009), no entanto, um dos problemas apontados é a falta de guias técnicopedagógicos que orientem, em termos pedagógicos, profissionais que pretendam aprofundar/aplicar esta abordagem (Grevet, Abreu, & Shansis, 2003; Miller, 1989).

Isto é, a literatura sobre psicoeducação refere-se essencialmente a sessões expositivas de conhecimentos técnicos da doença (e.g., Grevet et al., 2003), existindo poucas referências que especifiquem as técnicas pedagógicas utilizadas neste tipo de intervenção.

### **3 – Programa de Psicoeducação no Tratamento da Sintomatologia Depressiva**

Todos os estudos realizados em ambiente controlado apontam algum benefício da psicoeducação sendo os indicadores de eficácia mais frequentemente usados nesses estudos, os episódios de humor (número, intervalo e duração), o número e duração dos internamentos psiquiátricos, o número de tentativas de suicídio, a adesão ao tratamento farmacológico e a qualidade de vida.

Em 2003, Scott observou que a psicoeducação em grupo com sessões estruturadas, que incluía identificação de sintomas e incentivo à adesão ao tratamento, verificou a redução do número de internamentos e uma menor ocorrência de alterações de episódios de humor.

Também em 2003, um estudo longitudinal feito em Barcelona, com acompanhamento de dois anos após a psicoeducação, Colom *et al.* (2004) demonstraram que, do grupo de doentes que receberam psicoeducação associada à medicação, 67 % tiveram um novo episódio de mania ou depressão ao passo que, dos que receberam apenas medicação, 90% apresentaram novo episódio ao longo desse período.

Num outro estudo, no mesmo ano, Colom *et al.* (2004) verificaram que o número de ocorrências totais e o número de episódios depressivos foram significativamente menores nos doentes em tratamento psicoeducativo durante os 2 anos de acompanhamento.

Uma outra publicação, o mesmo grupo de autores relatou que os efeitos benéficos da psicoeducação tendem a permanecer por longos períodos (Colom *et al.*, 2009). Após 5 anos de acompanhamento dos doentes que fizeram parte do estudo publicado em 2003, aqueles que foram submetidos à psicoeducação apresentaram um número menor de episódios recorrentes, passaram menos tempo sintomáticos e apresentaram menor número de internamentos.

Segundo Cortesão, Leite e Pacheco, (2002) *“Um projeto distingue-se de uma atividade de ensino-aprendizagem pelo sentido que possui, pela intencionalidade que orienta, pela organização que pressupõe, pelo tempo de realização que o acompanha, pelos efeitos que produz. Como tal, envolveu uma articulação entre intenções e ações, entre teoria e prática, organizada num plano que estrutura essas ações.”* (p.25).

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental tem inscrito e são internados vários doentes com Sintomatologia Depressiva, verificou-se que existem doentes com internamentos sucessivos, abandonos também sucessivos da terapêutica e das consultas programadas, que

quando recorrem ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, provenientes do Serviço de Urgência ou via Centro Saúde revelam uma descompensação grave e com graves repercussões familiares, laborais, sociais, económicas. Da observação diária e com uma análise mais pormenorizada dos processos clínicos dos utentes com diagnóstico de depressão, constatou-se que as várias recaídas que apresentavam possivelmente se deviam ao desconhecimento da própria patologia depressiva, dos sinais de alarme e das estratégias que se devem adequar para evitar uma nova crise, esse desconhecimento aliado a um abandono precoce da terapêutica acabaria por levar a um novo internamento hospitalar.

As intervenções terapêuticas são fundamentais para o nosso desenvolvimento, numa sociedade, em que a evolução é uma constante, em que o passado se projeta no futuro e, em que o progresso se faz pela capacidade de raciocínio da própria pessoa nos seus projetos.

A elaboração de um programa de intervenção constitui-se como um plano de trabalho que está organizado fundamentalmente para o estudo/intervenção de um problema da nossa realidade social.

Deste modo, pretendo dar a conhecer ao longo deste capítulo o percurso percorrido no processo de construção do programa de intervenção terapêutica a doentes com o diagnóstico clínico de Depressão, internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE.

A implementação e desenvolvimento de um plano de intervenção terapêutico, nomeadamente por um programa de psicoeducação no tratamento da sintomatologia depressiva nos utentes internados no serviço, obedeceu a critérios e objetivos propostos a atingir, ao mesmo tempo que promove, desenvolve e consolida competências na área da saúde mental e psiquiatria ao enfermeiro que coordena todo o programa. A competência advém da mobilização de conhecimentos (saberes, capacidades, informações), no momento certo e num determinado contexto. A capacidade de mobilização do conhecimento e saberes para a prática promove no indivíduo o desenvolvimento de várias competências, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de excelência à pessoa humana. Atualmente existem vários programas de psicoeducação, que garantem uma enorme eficácia na prevenção de todos os tipos de episódios bipolares - maníacos ou hipomaníacos, mistos e depressivos. O Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona é um exemplo de um programa de psicoeducação que pode ser utilizado no tratamento da depressão.

Segundo o programa de Barcelona, para a introdução de um programa psicoeducativo, é recomendado começar o tratamento quando o utente está eutímico. Na fase maníaca, não deve

absolutamente ser introduzido um programa de psicoeducação, devido ao comportamento e alterações próprias da mania como a distratibilidade, e alterações cognitivas, o que seria difícil para o utente beneficiar do tratamento.

Da mesma forma, os utentes gravemente deprimidos não devem ser incluídos no programa psicoeducacional, entre outras coisas, porque não se obteria benefício em função de suas próprias alterações cognitivas (atenção, lentidão e dificuldades de memória). Além disso, existe um risco de piorar o quadro, acentuando a falta de esperança, porque um utente deprimido facilmente se apegua a parte mais negativa das informações fornecidas. Caso o utente incluído no programa de psicoeducação sofra um episódio depressivo grave, é sugerido que ele seja retirado do programa oferecendo a possibilidade do mesmo continuar com um acompanhamento no serviço, para evitar a sensação de abandono, com a possibilidade de ser incorporado numa psicoeducação posterior.

Com o ambiente terapêutico adequado, com uma relação terapêutica assegurada, o nível emocional mais estável dos utentes, os procedimentos éticos como sigilo, garantia de ausência de prejuízos decorrentes da recusa ou desistência em participar e minimização de riscos aos participantes garantidos, são critérios chaves e essenciais para o sucesso das intervenções. Além disso, a todos foi garantido o direito de receber informações e esclarecimentos quanto a quaisquer dúvidas que surgissem no decorrer das intervenções.

Desta forma, em consonância com o programa de enfermagem do Serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE, considera-se importante a implementação e desenvolvimento de um plano de intervenções terapêuticas aos doentes com Depressão internados no serviço mencionado anteriormente, que permitam desenvolver e/ ou aprofundar competências na área da saúde mental e psiquiatria, direcionando a prestação de cuidados para o campo psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, para que a pessoa adquira conhecimentos e habilidades, que lhe permitam um padrão de funcionamento mais saudável e autónomo.

O desenvolvimento de competências é uma preocupação constante em todo o processo de formação do enfermeiro. Nesta perspetiva, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que tem por base o guia de orientação do Conselho

Internacional de Enfermeiros, considera competência “ *um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (p.16). Sobre este conceito, Collière (1999) afirma que “ (...) a competência

*da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir”.* (p.290)

No seguimento desta linha raciocínio antes de dar início às intervenções psicoeducativas é fundamental a interação entre a pessoa e o enfermeiro nomeadamente com a realização das entrevistas de avaliação diagnóstica para a obtenção de dados relativos à sua condição, podendo ter como objetivo a colheita de dados, o aconselhamento, o ensino psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a pessoa que está a viver uma situação difícil. Na preparação da entrevista deve-se ter atenção à utilidade e finalidade da mesma, à pessoa a que se dirige e os meios disponíveis para a sua concretização (Chalifour, 2009).

O primeiro contacto com o utente é fundamental para todo o processo, uma vez que é na realização da primeira entrevista que se efetua a primeira de muitas recolhas de dados para que posteriormente permitam uma avaliação correta do diagnóstico.

De acordo com Lopes (2006) através de uma entrevista de diagnóstico sólida podem-se obter informações valiosas para uma avaliação inicial. No entender de Lopes (2006), e Travelbee cit. por Roeher, *et al.* (2007) esta primeira entrevista entende a pessoa, a forma como este se vê, sente, percebe e age no mundo. O acesso a esta informação e a sua compreensão, através de uma boa avaliação diagnóstica, contribui para a identificação dos problemas nos doentes deprimidos, para o planeamento de outras intervenções terapêuticas adequadas aos mesmos, e para o sucesso das nossas intervenções. Para o mesmo autor, a avaliação diagnóstica deve ser feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados, uma vez que esta consiste na avaliação/reavaliação da situação da pessoa.

Posteriormente foram agendadas as entrevistas de ajuda, de forma a permitir reconhecer o utente como detentor de um modo específico de atuação e interação no seu ambiente, e ajuda-lo a estruturar os meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si mesmo, recorrendo aos seus recursos pessoais, que lhe permitam fazer face às suas dificuldades. O utente assume assim um papel ativo no processo terapêutico. Nesse sentido dei ênfase, ao processo de relação de ajuda como nos diz Phaneuf (2005).

*“A relação de ajuda permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceita-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.”* (p.324)

A entrevista de ajuda tem como objetivo ajudar o utente a identificar os seus problemas e, desta forma, ajudá-lo a encontrar os mecanismos internos que lhe permitam confrontar-se com esses problemas e posteriormente resolvê-los.

Desta forma, pretendi assim, criar as condições necessárias para que a própria pessoa reconheça a sua patologia, os sintomas que dela decorrem, a importância da adesão terapêutica e a necessidade de suporte por parte da família, na pessoa com depressão.

As entrevistas foram realizadas individualmente em gabinete próprio, com o intuito de serem realizadas sem ruídos e interrupções, mas que, e devido às condições do serviço, nem sempre essa premissa foi respeitada. A preferência do utente prevaleceu na programação das entrevistas, com a duração em média de 30/45 minutos. Procurei respeitar os princípios fundamentais da entrevista que já referi anteriormente, nomeadamente, a clarificação do tipo de entrevista, definição dos objetivos a atingir e os instrumentos a utilizar. Procurei demonstrar disponibilidade máxima, atento e com escuta ativa na comunicação verbal e não-verbal, procurando estabelecer uma relação de confiança e cumplicidade entre ambos, de modo a que o utente sentisse segurança, compreensão e se estabelecesse uma relação terapêutica.

Na tentativa de garantir a eficácia das entrevistas, a avaliação do que cada utente sabe sobre a sua patologia, o ser claro e preciso, com frases curtas e palavras simples, seguindo uma lógica de coerência no raciocínio, dos conceitos mais simples para os mais complexos, foram aspetos que tive em conta e que nortearam a minha intervenção. Constatei inúmeras vezes a compreensão da informação assimilada com questões abertas, sendo que no final procurei sempre fazer um breve resumo de tudo o que foi falado, de forma obter a concordância do utente sobre tudo o que tinha dito e por outro lado melhorar a compreensão e interiorização dos conteúdos transmitidos.

Antes de descrever o processo de psicoeducação proposto, tendo em conta que um dos critérios para a aplicação do mesmo é perceber em que fase se encontra o humor da pessoa, recorri à aplicação de uma escala, de forma a permitir fazer a avaliação face à severidade da patologia depressiva em que o utente se encontrava no momento da entrevista de ajuda, nomeadamente a escala, Inventário da Depressão de Beck (BDI) (Vaz Serra e Abreu,1973).

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, BDIII), criado por Aaron Beck (1961), consiste num questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a severidade de episódios depressivos. Existem três versões da escala: a BDI original, publicada em 1961 e revisada em 1978; a BDI-1A; e a BDI-II, publicada em 1996.

A BDI-II é resultado da revisão realizada em 1996, desenvolvida em resposta à publicação da quarta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders pela American Psychiatric Association's, que alterou muitos dos critérios diagnósticos do Transtorno

Depressivo. Assim como a BDI, a BDI-II também contém 21 questões e cada resposta recebeu um valor de 0-3. As categorias utilizadas diferem da original: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa.

O inventário de Beck foi validado pelo Prof. Rui Campos (2011), para a população portuguesa, sendo esse um dos critérios de escolha deste instrumento de avaliação. A pontuação final é o somatório da pontuação em todos os itens. A escala é a seguinte: 0-13 sintomatologia mínima, 14-19 ligeira; 20-28 moderada; 29-63 sintomatologia grave.

A escala é largamente utilizada como ferramenta por profissionais de saúde e pesquisadores numa variedade de contextos clínicos e de pesquisa. Embora desenhado como um instrumento de rastreio e não como ferramenta diagnóstica, esta pode ser utilizada por profissionais de saúde para obter um rápido diagnóstico. Num outro aspeto não mais importante para a escolha deste instrumento de avaliação foi o facto de estar implementada como instrumento/escala de avaliação no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE, ainda que raramente utilizada pelos demais profissionais.

Posteriormente, foi estabelecido um programa de intervenção psicoeducativo, tendo como referência o programa de psicoeducação de Barcelona já destacado anteriormente, este é direcionado para doentes com alterações de humor que se encontram na fase eufímica (Colom; vieta, 2006). Optou-se pela utilização do programa de Barcelona, devido à quantidade de evidências sobre sua eficácia (Vieta *et al.* 2005) e sobre a manutenção dos benefícios alcançados pelos doentes mesmo anos após o término do tratamento (Colom *et al.*, 2009).

Atualmente existem duas versões do programa de Barcelona, uma com 21 sessões e uma versão mais reduzida de 8 sessões, tendo em conta o curto tempo de internamento dos doentes no serviço de Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, e de acordo com a equipa de enfermagem do serviço, o programa de psicoeducação foi composto por 3 sessões, nas quais foram abordados temas e técnicas específicas.

Após a aplicação da escala, estabeleci o projeto de intervenção psicoeducativo, que continha três secções de ensino ao utente, previamente definidas e estruturadas, mais uma avaliação final através da escala BDI, concluindo com um questionário de satisfação ao utente sobre a intervenção terapêutica que tinha sido sujeito. As intervenções realizaram-se semanalmente, e de forma individual, com duração aproximadamente de 40 minutos. Relativamente ao formato das sessões, estas contemplavam 5 minutos de acolhimento, cerca de 30 minutos de exposição dos temas propostos para o dia, e os últimos 5 minutos eram reservados para discussão e esclarecimento de dúvidas.

As sessões de psicoeducação foram estruturadas e delineadas da seguinte forma:

**Quadro 1 - Caracterização do projeto de Psicoeducação**

Sessão	Temas a abordar	Recursos
<p><b>1- O que é a Depressão?</b></p>	<p><b>-Introdução:</b> Explicar aos doentes todas as normas, condições de funcionamento estrutura do programa e suas finalidades.</p> <p><b>- O que é a depressão?</b> Explicar ao doente todas as características da depressão e como é feito o seu diagnóstico.</p> <p><b>Como surge a Depressão?</b> Identificar quais os fatores que podem desencadear a depressão.,</p>	<p><b>Humanos:</b> Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Manuel Brandão</p> <p><b>Materiais:</b> Sala, Computador, Método expositivo.</p> <p><b>Tempo:</b> 30 minutos</p>

<p><b>2- Sintomatologia</b></p>	<p><b>Quais os sintomas da Depressão?</b></p> <p>Explicar ao doente quais os sinais e sintomas.</p> <p><b>Sinais e Sintomas:</b></p> <p>Ajudar o doente a reconhecer em si os sinais e sintomas da depressão, alterações de comportamento, emoções ou sensações que antecedam uma crise.</p> <p><b>Sintomas:</b> o que fazer perante esses sinais e sintomas quando se identificam precocemente.</p> <p>O impacto da depressão na saúde do doente.</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria:</p> <p>Manuel Brandão</p> <p><b>Materiais:</b> Sala, possibilidade de método expositivo.</p> <p><b>Tempo:</b></p> <p>30 minutos</p>
---------------------------------	--	--

<b>3- Tratamento da depressão.</b>	<p>Explicar a importância da adesão a terapêutica.</p> <p>Explicar ao doente a ação, efeitos secundários e indicações da terapêutica.</p> <p>Tratamento farmacológico e outras formas de tratamento.</p> <p>Outras intervenções terapêuticas.</p> <p>Aplicação da Escala BDI.</p> <p>Preenchimento do Questionário de satisfação (<b>Anexo V</b>) do programa de Psicoeducação</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria:</p> <p>Manuel Brandão</p> <p><b>Materiais:</b> Sala, possibilidade de método expositivo.</p> <p><b>Tempo:</b> 30 minutos</p>
------------------------------------	--	---

Face ao programa apresentado, os indicadores devem refletir a mudança das respostas humanas em função de uma situação concreta, pelo que serão utilizados Diagnósticos CIPE e respetivas Intervenções de Enfermagem para substanciarem os mesmos (baseados em focos de atenção da CIPE, segundo Amaral, 2010).

O quadro abaixo propõe possibilidades de Diagnósticos CIPE e as respetivas Intervenções, procurando-se desta forma uma correspondência entre as sessões a serem implementadas e a necessidade de se criarem oportunidades de mudança das respostas humanas.

**Quadro 2 – Propostas de diagnósticos e Intervenções Programadas**

DIAGNÓSTICOS CIPE	INTERVENÇÕES
<p><b>Adaptação prejudicada</b> (inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação, incapacidade de modificar o estilo de vida ou o comportamento de forma consistente, expressão de incapacidade para se adaptar/gerir novo desafio, inexistência de disposição de adaptação a novo desafio ou situação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistir na Auto modificação;</li> <li>-Assistir na modificação do comportamento: habilidades sociais;</li> </ul>
<p><b>Conhecimento não adequado</b> (tipo de conhecimento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas: domínio e reconhecimento da informação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilitar a aprendizagem;</li> <li>-Iniciar educação para a saúde;</li> <li>-Motivar a disposição para aprender.</li> </ul>
<p><b>Coping ineficaz</b> (tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o <i>stress</i>, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto- protetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma autoestima positiva, acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoiar a tomada de decisão;</li> <li>-Encorajar relação complexa</li> </ul>

verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico)	
<b>Relação disfuncional demonstrada</b> (tipo de interação social com as características específicas: ações de estabelecer ou continuar ligações estáveis ou variáveis com um ou mais indivíduos)	-Executar treino da assertividade; -Encorajar os relacionamentos sociais.

Deste modo, foram trabalhados com os utentes, focos de atenção e os respetivos diagnósticos com incidência na vertente da “adaptação” e do “conhecimento”.

A intenção dos cuidados do enfermeiro perspetivou essencialmente a aquisição de conhecimentos por parte do utente, na medida em que a primeira condição para que este adote ou mude determinados comportamentos, é essencialmente possuir toda a informação necessária sobre a sua condição, o que mudar, como mudar e o porquê de mudar. Para dar resposta a estes diagnósticos foram prescritas intervenções de enfermagem, nomeadamente:

### Quadro 3 – Prescrição de intervenções de enfermagem

Prescrição	Objetivo	Atividades
<b>Assistir na modificação do comportamento</b>	Ajudar o utente a substituir um comportamento indesejável por outro desejável, utilizando os pressupostos e técnicas, adaptadas, do modelo de terapia comportamental.	-Determinar motivação para mudança; - Elaborar programa o psicoeducação -Promover reforço positivo à mudança positiva.

<p><b>Ensinar o indivíduo</b></p>	<p>Desenvolver, implementar e avaliar o programa Psicoeducativo, elaborado para atender às necessidades do utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o estilo de aprendizagem do utente;</li> <li>-Avaliar o progresso e domínio do conteúdo por parte do utente;</li> <li>-Estabelecer a necessidade do programa de acordo com as necessidades de aprendizagem do utente e objetivos a alcançar;</li> <li>-Planear e otimizar material didático às características do programa psicoeducativo;</li> <li>-Promover ambiente terapêutico</li> <li>-Providenciar tempo para perguntas e discussão.</li> </ul>
-----------------------------------	--	--

<p><b>Ensinar sobre o processo de doença</b></p>	<p>Assistir o utente na aquisição de conhecimentos, habilidades e equipamentos necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o nível de conhecimento do utente sobre a doença;</li> <li>-Descrever sinais e sintomas da doença;</li> <li>-Avaliar o que o utente faz para controlar os sintomas;</li> <li>-Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo de doença;</li> </ul>
<p><b>Executar treino da assertividade</b></p>	<p>Promover o treino controlado de expressão efetiva e oportuna de sentimentos, necessidades ou ideias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar e distinguir comportamentos comuns à doença;</li> <li>-Orientar o utente na prática da assertividade</li> <li>-Promover a expressão de pensamentos e sentimentos, positivos e negativos;</li> <li>-Promover oportunidades para a prática</li> </ul>
<p><b>Facilitar aprendizagem ao utente</b></p>	<p>Otimizar estratégias e métodos de instrução à capacidade do utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oferecer ambiente favorável à aprendizagem;</li> <li>-Ajustar informação de modo a atender ao estilo de vida do utente;</li> </ul>

<b>Orientar antecipadamente para a crise</b>	Preparar o utente para uma crise na evolução positiva dos sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar o utente sobre desenvolvimento e comportamento normais;</li> <li>-Assistir o utente a identificar indícios de possível crise;</li> <li>-Instruir o utente sobre técnicas e comportamentos a adotar para dar resposta à crise.</li> </ul>
--	---	---

Na avaliação da intervenção, foi aplicado um questionário simples de satisfação ao utente, o que me permitiu melhorar a intervenção ao nível da abordagem e segurança nos conteúdos transmitidos. Para o rastreio de declínio cognitivo e depressão os instrumentos que se utilizaram foram, Técnica de entrevista; Miniexame do Estado Mental; Análise reflexiva e interpretativa da informação apresentada pelo utente; Aplicação do Inventário da Depressão de Beck, como forma de avaliar do nível depressivo e evolução no processo clínico; Psicoeducação.

**Miniexame do Estado Mental (MEEM):** teste utilizado na deteção de perdas cognitivas, avalia, através de pontuação, as cinco áreas da cognição “orientação”, “registo”, “atenção e cálculo”, “recuperação”, “linguagem”.

**Inventário da Depressão de Beck (BDI) (anexo I e II):** teste de medida da intensidade da depressão. Apresenta itens cognitivo-afetivos e outros que subentendem queixas somáticas e de desempenho, que constituem sub-escalas.

### 3.1 - Análise da População/Escolha da amostra

Atualmente, mais de 15% da população mundial sofre pelo menos um episódio de Depressão Major durante a sua vida. O impacto económico e social da Depressão Major é enorme (Kessler *et al.*, 2006; Murray e Lopez, 1996). A Depressão Major afeta pessoas de todas as idades, etnias, e de diferentes circunstâncias socioeconómicas, tendo efeitos adversos sobre a qualidade das relações interpessoais.

Além disso, a Depressão Major está relacionada com algumas co-morbilidades psiquiátricas e físicas, como o consumo de álcool, o abuso de substâncias, a doença de

Parkinson, entre outras, que limitam as atividades normais de um indivíduo (Gotlib e Joormann, 2010).

Segundo Xavier *et al.*, (2013), as patologias psiquiátricas são responsáveis por mais de 23% da carga global de doença nos países desenvolvidos e por 12% da carga global de doença em todo o mundo. Se observarmos apenas a Europa, verificamos que 26,6% da carga total de doença é atribuída a problemas de saúde mental, sendo que o suicídio é uma das dez principais causas de morte prematura.

Além disso, cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência são doenças neuropsiquiátricas: Depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%) (Xavier *et al.*, 2013).

O primeiro relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM) indica uma prevalência anual de doenças mentais, em Portugal, de 22,9%, sendo estes valores de prevalência apenas comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%), dentro da Europa, e aos dos Estados Unidos da América (EUA) (26,4%), fora da Europa, entre os países integrados no âmbito da World Mental Health Survey Initiative (WMHSI) (Caldas-de-Almeida e Xavier, 2013).

Ainda segundo o EENSM, em termos de prevalência das perturbações de humor: distímia, perturbação bipolar e Depressão Major – o nosso país ocupa o terceiro valor global (7,9%) do ranking de países europeus, sendo que a Depressão Major obtém a maior prevalência do grupo (6,8%) (Caldas-de-Almeida e Xavier, 2013).



**Figura II** – Caraterização do Distrito de Portalegre

O distrito de Portalegre pertence à província tradicional do Alto Alentejo. É o 6º maior distrito Português, com uma área de 6 065km<sup>2</sup>, e uma população residente de 118 952 habitantes, 47,95% do sexo masculino e 52,05% do sexo feminino (censos 2011), e engloba 15 Concelhos e 86 Freguesias.

Partindo dessa caracterização, no processo de recrutamento da população, definiu-se com os critérios de seleção para a população-alvo com as seguintes características:

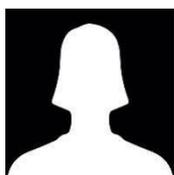
- Indivíduos de ambos os sexos, internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental Agudos do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE;
- Com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos;
- Durante o período de Novembro 2015 a Janeiro de 2016.

Como critérios de inclusão no programa psicoeducativo definiu-se, os indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos, com tratamento psiquiátrico e farmacológico regular, com diagnóstico e sintomatologia depressiva e com episódio depressivo atual, de acordo com o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), com a pontuação superior a 13 valores no BDI, ou seja, com grau de gravidade que varia de leve a grave, podendo ou não apresentar co morbididades psiquiátricas de eixo II associadas ao diagnóstico principal.

Nos critérios de exclusão, foram despromovidos do programa indivíduos com o diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Orgânicos e Distúrbio ou Dependência de Substâncias Químicas atuais; sem condições neurológicas; com história significativa de qualquer condição médica geral que impeça a sua participação na intervenção; não aceitar ou não concordar com os procedimentos propostos.

### 3.2 - Caracterização da População

Com os critérios de seleção definidos e a intervenção terapêutica planeada, consideraram-se seis utentes internados no serviço com o diagnóstico de Depressão. No entanto, foi decidido apenas trabalhar com três utentes, uma vez que, eram os que reuniam melhores condições para que se efetuar a intervenção. Deste modo, é pertinente a apresentação individualizada de cada utente.



	Ficha Clínica 1	Ficha Clínica 2	Ficha Clínica 3
<b>Nome</b>	<b>JC</b>	<b>AM</b>	<b>MA</b>
<b>Idade</b>	<b>54 Anos</b>	<b>59 Anos</b>	<b>44 Anos</b>
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Profissão</b>	<b>Professora</b>	<b>Aux. Ação Educativa</b>	<b>Emp. Supermercado</b>
<b>Naturalidade</b>	<b>Elvas</b>	<b>Alter do Chão</b>	<b>Ponte Sor</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Divorciada</b>	<b>Casado</b>	<b>Casada</b>
<b>Diagnostico Principal</b>	<b>Depressão</b>	<b>Depressão</b>	<b>Depressão</b>
<b>Motivo de Internamento</b>	<b>Não adesão ao tratamento</b>	<b>Crises de Ansiedade e Ideação Suicida</b>	<b>Tentativa de Suicídio</b>
<b>Escala BDI (admissão)</b>	<b>40 Pontos</b>	<b>13 Pontos</b>	<b>29 Pontos</b>
<b>M.E.E.Mental</b>	<b>30 Pontos</b>	<b>28 Pontos</b>	<b>30 Pontos</b>

Tabela I – Apresentação Clínica dos Utesntes

### 3.3 - Definição dos Objetivos

Centrado na pessoa e não apenas no diagnóstico clínico, como futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), o processo de raciocínio clínico deve ser desenvolvido pondo em prática competências como a avaliação diagnóstica, o planejamento, as intervenções de enfermagem e sua avaliação.

Deste modo, tendo como base as competências do EESMP delineei como **Objetivo Geral** deste Ensino Clínico - **Desenvolver competências, pertencentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no diagnóstico e intervenção psicoeducativa em indivíduos com sintomatologia depressiva em contexto de internamento hospitalar.** Promover uma psicoeducação no tratamento e prevenção da sintomatologia depressiva caracteriza de forma clara a minha intervenção terapêutica junto dos indivíduos com esta patologia diagnosticada, contudo saliento ainda os objetivos específicos que procurei atingir durante a minha prática clínica no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE em Portalegre.

#### **Objetivo Específico**

□ **Demonstrar capacidade de autoconhecimento durante o trabalho desenvolvido no estágio.**

**Justificação** - Segundo a OE (2010) *“a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psico e socio terapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental...”* (p.4).

Para prestar cuidados de excelência na área da saúde mental é imprescindível fazer uma análise das nossas intervenções, só conhecendo as nossas limitações bem como as nossas competências conseguimos ajudar de forma eficaz os utentes que nos procuram.

**Atividades** - Realizar uma reflexão sobre um caso em que tenha confrontado comigo mesmo, por forma a identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podiam interferir na relação terapêutica com a pessoa e ou equipa multidisciplinar.

**Crítérios de Avaliação** – Reflexão sobre os casos clínicos com o Enf<sup>o</sup> Orientador.

## **Objetivo Especifico**

□ **Desenvolver competências na avaliação diagnóstica das necessidades da pessoa adulta com doença mental em regime de internamento hospitalar.**

**Justificação** - É competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “a recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente

(Ordem dos Enfermeiros, 2015)

### **Atividades**

- Recolha de informação no processo clínico
- Realização de entrevista de avaliação diagnóstica
- Registo da entrevista;
- Análise e interpretação dos dados obtidos com a colaboração do Enf.º orientador;
- Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.

**Crítérios de Avaliação** - Relatório de validação dos dados recolhidos pelo Enf.º Orientador

## **Objetivo Especifico**

□ **Desenvolver competências de planeamento, intervenção e psicoeducação, utilizando os princípios da relação de ajuda em indivíduos com sintomatologia depressiva.**

**Justificação** - O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” assim como “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo

de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros. Para estabelecer um plano de intervenção ao doente mental, é por vezes fundamental estabelecer uma relação de ajuda com o utente, uma vez que este é o elemento chave em todo o processo de recuperação. Segundo a Ordem dos enfermeiros define no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, deve-se ter em conta oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

#### **Atividades**

- Recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver plano de cuidados de enfermagem usando linguagem classificada;
- Realização de entrevista de ajuda;
- Registo da entrevista;
- Utilização de técnicas de psicoeducação
- Discussão da informação pertinente com equipa multidisciplinar.

#### **Objetivo Especifico**

□ **Desenvolver e Implementar o programa de psicoeducação no doente depressivo.**

**Justificação** - O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

### **Atividades**

- Utilização de técnicas de psicoeducação.
- Executar o programa de Psicoeducação desenvolvido
- Implementar no serviço a intervenção desenvolvida.

### **Crítérios de Avaliação**

Validação e análise das técnicas utilizadas e resultados esperados pelo Enf.º Orientador.

## **4 - Conteúdos e Estratégias de Intervenção Profissional**

Para a elaboração de um projeto devem ser selecionados e aplicados diferentes meios inerentes à própria atividade a desenvolver. Meios estes que consistem em determinar quais os recursos materiais; humanos; técnicos ou financeiros necessários e adequados para a realização do projeto. Os meios são ainda responsáveis pela conclusão efetiva das atividades do projeto.

De acordo com os objetivos que anteriormente defini para o meu ensino clínico, houve necessidade de planear e realizar atividades, as quais considerei serem necessárias para selecionar os utentes que poderiam integrar e colaborar no programa de intervenção psicoterapêutica, nomeadamente a Psicoeducação da Sintomatologia Depressiva.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria assume um papel preponderante na capacitação do utente de encontrar estratégias, identificar forças, habilidades e motivações para melhorarem o seu estado de saúde. Torna-se imprescindível que o mesmo perceba e compreenda a importância da intervenção, que assente numa perspetiva da melhoria da qualidade de vida.

O momento do primeiro encontro a primeira entrevista de avaliação diagnóstica é o ideal para uma recolha direta dos dados que permitam uma avaliação diagnóstica correta, que seja capaz de ser o suporte para o início do processo de cuidados. Apesar disso em muitos contextos tal não corresponde a um exercício que anteceda o processo de cuidados, mas sim algo que ocorre em simultâneo. Isto é, frequentemente, o enfermeiro quando chega perto do utente vem já munido de informação validada por colegas na admissão ou na passagem de turno, deste modo procede a uma recolha sumária, quer por observação direta, quer colocando perguntas muito dirigidas iniciando de imediato o processo de prestação de cuidados, o qual vai adaptando por forma a dar resposta à situação em que está a intervir. (Frias, 2010; Oliveira, 2011; Sapeta, 2010)

A entrevista num contexto de cuidados é antes de mais um encontro previsto e planificado, mas é sobretudo uma tomada de contacto entre dois seres humanos, que colocado um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma convivência terapêutica. (Phaneuf, 2005)

Para Neeb (2000), os enfermeiros colhem dados relativos à pessoa e à sua condição de saúde, sendo também, durante esta etapa de colheita de dados/avaliação inicial que se realiza a avaliação do estado de saúde mental. Ou seja, é através da entrevista que o enfermeiro observa o funcionamento mental da pessoa e obtém os dados que lhe permitam concluir, se é ou não portador de alguma patologia, avaliando o grau de comprometimento que a doença causa, bem como os aspetos saudáveis da sua personalidade.

A avaliação através da entrevista consiste segundo Neeb (2000), numa série de perguntas e atividades dirigidas a oito áreas: o nível de consciência e orientação do indivíduo para a realidade, aparência e comportamento, discurso e comunicação, humor e afeto, memória, pensamento/cognição, percepção e decisão.

Dando ênfase à história de vida passada da pessoa, ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, à escolaridade e desempenho, aos relacionamentos interpessoais, particularmente com as pessoas mais significativas da sua vida como os pais e irmãos; situações de grande impacto ao longo da vida, particularmente na infância (perdas, abuso); envolvimento afetivos, sexualidade, amizades.

Não esquecendo aptidões, habilidades, limitações; lazer, influência cultural, social e familiar. Deste modo objetivando alcançar uma história detalhada e abrangente do utente, é essencial para a construção de um diagnóstico correto e formulação de um plano de tratamento específico e eficaz (Kaplan, 2007).

A par da entrevista inicial o enfermeiro observa e regista, avalia o estado mental da pessoa e direciona a sua atenção para a aparência e comportamento da mesma, observa vestuário, higiene, postura, a atividade psicomotora e reações da pessoa perante os demais profissionais de saúde.

Avalia o nível de consciência e orientação, autoconhecimento do utente. Regista a coerência do pensamento e conteúdo do mesmo, ou seja, o processo de pensamento que utiliza, a memória e a capacidade da mente para recordar informação recente e do passado. Relativamente ao discurso e capacidade para comunicar, nomeadamente comunicação verbal e não-verbal. A capacidade de expressar sentimentos e emoções pela pessoa. O afeto avalia-se pela

exteriorização desses sentimentos. A capacidade da pessoa em tomar as decisões adequadas relativamente à sua situação ou compreender os conceitos ou seja o *insight*. A percepção da realidade, isto é, as afirmações da pessoa relativamente ao seu ambiente e nos comportamentos associados a essas afirmações.

Nos diversos tipos de entrevista que se conhecem, desde a entrevista de colheita de dados, a entrevista de informação e ensino, culminando com a entrevista de ajuda na perspectiva de suporte psicológico, modificação de comportamentos ou resolução de problemas, conflitos e crise. Segundo Phaneuf (2005) a relação de ajuda é uma técnica particularmente significativa, dado que a pessoa que ajuda está completamente voltada para o outro, para a sua situação e para o seu sofrimento, definindo-a como *“uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, no decurso de uma prova”* (p.324).

O estabelecimento da relação de ajuda supõe que uma condição prévia seja satisfeita, isto é, a criação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente. No decurso dos cuidados, e por vezes de forma muito rápida, a atitude do enfermeiro permite estabelecer esta relação e as condições estão reunidas para que se desenvolva a relação de ajuda. Sem uma comunicação calorosa e funcional, esta relação expressiva não se pode estabelecer, e os cuidados não podem passar da sua função prática e organizacional, à sua função de suporte afetivo.

A relação de ajuda é também promotora de mudança nos comportamentos. Com efeito, a tomada de consciência de certas dificuldades ligadas aos comportamentos e dos sofrimentos que estes comportamentos ocasionam e da necessidade de mudá-los é muitas vezes um resultado da intervenção de ajuda do enfermeiro.

Resta ao enfermeiro elaborar um processo de intervenção que terá como alvo, mais especificamente, os comportamentos desadequados do utente face a qualquer altura, acontecimento e processo da sua vida, ou seja, como exemplo a Psicoeducação para modificar esses mesmos comportamentos. Apoiar-se sobre os instrumentos da relação de ajuda, estabelece objetivos, potencia a pessoa a empenhar-se num processo de mudança; ajuda-a de seguida a reconhecer as forças a mobilizar e as fraquezas a contornar para lá chegar, e apoia-a no seu percurso autónomo para a mudança.

Neste processo psicoeducativo, procurou-se ajudar os utentes a identificar a sua patologia e os seus problemas. Definiram qual o seu caminho a seguir, ganhando autonomia para gerir de forma mais eficaz o seu processo terapêutico, respeitando sempre as suas capacidades e valorizando o seu papel.

Foi minha preocupação no decorrer de toda a intervenção, utilizar uma linguagem simples e clara, expondo a informação de forma a garantir a compreensão dos utentes sobre o seu processo de saúde, capacitando-os a fazer parte integrante do mesmo.

Prova disso e sendo o EESMP neste caso o principal agente psicoeducativo, torna-se essencial que desenvolva as competências necessárias que lhe permitam transmitir informação sustentável, de forma compreensível e apropriada, a fim de estimular a aprendizagem da população alvo a que se destina a sua intervenção.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Deste modo, e segundo o mesmo autor, o estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o utente e utiliza os diagnósticos e os sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros.

Correspondendo ao que preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2011) no que respeita à sua participação no tratamento dos utentes com doença mental, no meu caso concreto a patologia Depressiva, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. O enfermeiro reformula ou transforma o plano de cuidados com origem nos dados recolhidos na avaliação inicial das ações implementadas, de acordo com o REPE, artigo 5º, *“os cuidados de enfermagem são caracterizados por: (...) f) utilizarem metodologia científica que inclui: A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções...”*

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), assume uma importância extrema, pois através deste é permitido utilizar uma linguagem uniformizada em

relação aos cuidados de enfermagem, descrever e organizar os dados referentes à prática da Enfermagem, criar um instrumento para os enfermeiros participarem na tomada de decisões relacionadas com a saúde e no processo de determinação de políticas de trabalho.

A CIPE permite fazer uma avaliação de enfermagem contribuindo para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos, por outro lado reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação dos cuidados, permite também reavaliar os resultados, e se for necessário redefinir o diagnóstico de enfermagem, face às novas necessidades da pessoa cuidada, contribuindo assim, para a prestação de cuidados de excelência.

Deste modo e atendendo a todos estes princípios e competências que caracteriza a prática de enfermagem, passo a expor toda a minha intervenção terapêutica junto dos utentes que selecionei para desenvolver as competências de EESMP.

### **Estudo de Caso nº1**

**Entrevista de avaliação diagnóstica** - A utente JC deu entrada no serviço proveniente do serviço de urgência que recorreu por iniciativa própria, com queixas de perda de apetite, insónia, humor deprimido e fadiga, quadro agravado há 15 dias, após ter tido alta do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE, onde também era seguida na consulta externa do mesmo departamento. Refere que não tem vontade de fazer nada, ao ponto de não realizar os cuidados de higiene mais básicos. Não consegue justificar a situação, não se interessando pelo seu diagnóstico clínico. Refere a utente *“Considero-me inútil para a família e amigos”*.

**O que sente neste momento, o que a preocupa** - A utente ainda não consegue ultrapassar o divórcio, situação segundo a qual iniciou o seu estado clínico atual. Não possui estratégias concretas, para lidar com a situação, contudo, sabe que necessita de ajuda e procurou o internamento.

**De acordo com a perspetiva do enfermeiro** – observou-se que a utente tem 54 anos de idade, raça caucasiana, sexo feminino, professora (em regime de baixa psiquiátrica), vive com um filho e com a mãe, em Elvas.

Como história pessoal, existem vários registos de internamentos anteriores neste mesmo serviço psiquiátrico. Após o divórcio, e do abandono do domicílio do marido, que, atualmente, vive com outra mulher, começou a isolar-se, deixou de realizar tarefas que anteriormente lhe

davam prazer (ir ao café, supermercado, sair com as amigas), bem como gerir a sua vida e os seus recursos.

Relativamente à apresentação e postura, a utente detinha um aspeto descuidado, higiene descuidada, cabelo despenteado, a sua idade aparente era superior à sua idade real, demonstrando uma postura submissa.

Na entrevista de avaliação de diagnóstico a sua expressão facial mostrava tristeza, desolação, cansaço e angústia. O olhar era fixo e cabisbaixo, e períodos de labilidade emocional. A motricidade era normocinésica e harmoniosa. A expressão verbal concordante com expressão não-verbal, e o movimento das mãos era pouco frequente, no entanto, sem tiques ou maneirismos, sem tremores observáveis.

O contacto que se estabeleceu foi fácil e afável. A expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta. Linguagem cuidada, voz calma e serena, com tom de voz baixo.

A utente apresentava-se ansiosa, orientada alo e auto psicologicamente, colaborante e bastante interessada na entrevista, aparentemente tem consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

**No que diz respeito aos impulsos e vontade** - demonstra perda de interesses e de prazer, está consciente que tem comportamento inibido e permissivo. Aquando da entrevista a utente apresentou um humor nitidamente deprimido, o que se refletiu na sua comunicação verbal e não-verbal, bem como na sua postura.

Relativamente aos afetos, a utente demonstrava embotamento afetivo, insegurança, e medo do futuro. Quanto às emoções, demonstrava labilidade emocional com ansiedade intensa e choro fácil. O seu pensamento era fluido e coerente, com discurso espontâneo, normoléxico, organizado, apresentava ideias de ruína, e culpabilidade. Adota um discurso negativista, com crenças irracionais na base. Não vê saída para a sua situação atual, apenas vê pontos negativos. Após a avaliação diagnóstica da utente, levantei vários diagnósticos e intervenções.

Eixos Proc. Enf	Ação	Cliente	Foco	Juizo	Local	Tempo	Recursos	
Diagnósticos de Enfermagem		Caso Clínico 1	Depressão	Presente em grau elevado	Serviço Psiquiatria do Hospital DIMG em Portalegre		Aplicação do Inventário de Beck 40pontos	
	Promover suporte emocional		Auto estima				Entrevista de Ajuda	
Intervenções de Enfermagem	Promover e Incentivar		Adesão ao regime terapêutico			Durante o internamento		Psicoeducação
	Incentivar os cuidados de higiene e conforto		Imagem Corporal					Psicoeducação
	Promover		Interação social					Atividades em Grupo
	Restabelecer os padrões sono reduzir durante o dia		Insónia					Psicoeducação
			Depressão	Presente em grau ligeiro				Aplicação do Inventário de Beck 18pontos
Resultados de Enfermagem								

**Tabela II – Plano Individual de Intervenção – Caso Clínico 1**

O desenvolvimento de uma relação terapêutica consistente e de confiança, com o objetivo de ajudar o utente a ultrapassar esta fase da sua vida, é fundamental.

Procurou-se definir estratégias que dariam resposta às necessidades da utente, planeando um programa de intervenção terapêutica que culminasse com a realização do programa de psicoeducação, com o principal objetivo de o utente reconhecer o mecanismo da sua patologia, identificar os sinais e sintomas de alerta precocemente, identificar e adequar medidas preventivas para evitar novas crises e recaídas.

Explicar à utente a importância da adesão ao regime terapêutico assim como as consequências da não aderência, adquirir hábitos de sono e repouso, uma vez que o padrão não se encontrava mantido. A promoção da interação em grupo com uma vida social mais ativa, com o objetivo de melhorar a auto-estima da utente, melhorar as ligações com a família, amigos ou outras pessoas pelas quais nutre algum sentimento seria benéfico.

No que diz respeito às intervenções identificadas, no final do internamento apresentavam-se da seguinte forma:

**Adesão ao Regime Terapêutico – Presente** – A utente cumpriu o regime terapêutico na íntegra, demonstrando ter conhecimento sobre a importância do mesmo, mostrou-se motivada para não abandonar o tratamento farmacológico na medida em que tem consciência que só assim conseguiu a melhoria da sua condição mental.

**Auto estima – Melhorada** – Obteve em atividades realizadas êxito na execução das mesmas, o que gerou na utente um sentimento de valorização pessoal. A utente refere mesmo que *“sinto-me útil, sinto que consigo fazer as coisas que antes tinha deixado de fazer e pensava já não vir a fazer”*.

**Imagem Corporal – Melhorada** – A utente na preparação para a alta, adequa os cuidados de higiene e conforto diariamente por iniciativa própria com agrado e critério, escolhendo mesmo a roupa para usar, não se resumindo apenas a ficar em pijama e a ver esta atividade de vida como algo “obrigatório”, mas sim saudável.

**Insónia – Ausente** – O padrão de sono ao longo do internamento foi restabelecido, as horas que durante o dia eram passadas a dormir deixaram de existir e são ocupadas com atividades propostas. Durante a noite a utente respeita o sono entre 6/7 horas.

**Interação Social – Melhorada** – A utente promove e interage com o grupo com interesse e de iniciativa própria. Recebe e comunica com a família pessoalmente e telefonicamente com mais frequência de forma a dar conta da melhoria do seu estado geral.

Após a realização das 3 sessões de Psicoeducação definidas e programadas com a utente, foi feita a avaliação da intervenção por parte da utente com a resposta a um pequeno questionário de satisfação, com perguntas simples.

No final do internamento a utente demonstra os conhecimentos necessários sobre a sua patologia, a depressão, assim como já adota algumas medidas preventivas para eventuais recaídas, desde interação com os restantes utentes e demais profissionais, contactos telefónicos com a família, empenho e dedicação nas atividades desenvolvidas. Estabeleceu-se um contrato terapêutico com a utente face à adesão terapêutica, mostrando-se a mesma muito motivada, para cumprir o regime terapêutico uma vez que sempre referiu o seu incumprimento precocemente, não completando os primeiros quinze dias no início do tratamento fundamentais para o sucesso e recuperação da crise depressiva.

Antes da alta programada para o domicílio, a utente foi sujeita a nova avaliação com base no **BDI** registando então um score de **18 pontos**, que comparado com o score de **40 pontos** que apresentava na admissão, significando uma melhoria do seu estado clínico relativamente à sintomatologia depressiva, e conseqüentemente uma eficácia no plano de intervenção definido para a utente.

## **Estudo de Caso nº2**

**Avaliação Diagnóstica** - O utente AM, de género masculino, raça caucasiana, de 59 anos de idade deu entrada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE proveniente do serviço de urgência da mesma Unidade Hospitalar, com o diagnóstico clínico de Depressão. Foi encaminhado ao Serviço de Urgência pela esposa, por crise de ansiedade aguda, insónia, humor deprimido, sentimentos de culpa relativamente à sua vida familiar, perda de interesse na realização de tarefas e em tudo o que o rodeia.

Perante esta situação, a esposa, impotente para lidar com tais manifestações recorreu ao Centro de Saúde da área de residência Alter do Chão, que posteriormente encaminhou ao serviço de urgência para ser reavaliado pelo médico Psiquiatra, tendo este internado o utente no serviço.

**Quando questionado sobre o que sente no momento**, o utente afirma que *“não se sente bem consigo próprio”*, refere *“estar em baixo, desmotivado, sem vontade de fazer seja o que for”*. Refere ainda *“não ter explicação nem saber o que se está a passar consigo, uma vez que até já recuperou de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico”* que lhe sucedeu há uns anos, sem sequelas na realização de todas as Atividades de Vida Diárias. Deste logo o utente desconhece o seu diagnóstico.

Refere que *“a sua vida familiar é estável, sem problemas conjugais, encontra-se reformado, exercia funções de auxiliar de ação educativa numa escola secundária, sente que não consegue auxiliar o filho como anteriormente fazia, na medida que o mesmo tem a seu cargo terrenos para exploração agrícola.”*

**De acordo com a perspectiva do enfermeiro** o utente tem 59 anos de idade, sexo masculino, reformado, vive com a esposa. Referiu nunca ter estado internado num serviço de psiquiatria, apenas esteve internado no serviço de medicina ala esquerda da mesma unidade hospitalar quando foi alvo de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico, e que recuperou todas as suas funções orgânicas.

Na admissão o utente, relativamente à apresentação e postura apresentava um aspeto descuidado, barba grande e cuidados de higiene precários, roupas escuras, a sua idade correspondia a sua idade real, demonstrando uma postura retraída, ombros direcionados à frente, cabeça baixa e tronco retraído. O seu olhar era triste, direcionado ao chão, os braços e as mãos gesticulavam em harmonia com as palavras que dizia, a sua marcha era normal com alguma claudicação no início da mesma. O tom da voz era baixo, com um discurso organizado e uma linguagem cuidada, embora demonstra-se alguma ansiedade em tudo aquilo que dizia não tinha perturbações do discurso verbal.

A abordagem que se estabeleceu foi fácil e cordialmente assegurada, sentiu-se a necessidade de abertura por parte do utente, a expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta.

O utente apresentava-se algo ansioso, aparentemente orientado alo e auto psicicamente, colaborante, consciente de si próprio, e consciente da sua identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

Relativamente aos impulsos demonstra perda de interesses e de prazer, mas refere vontade de estar tudo bem com a sua família, nomeadamente na relação com a esposa, apresentou um humor deprimido durante a realização da entrevista de avaliação de diagnóstico.

No que concerne aos afetos, o utente demonstrava carinho e respeito pela esposa e orgulho pelo filho, enaltecendo o facto de ter sido sempre um exemplo como homem até à data e lhe ter dado duas netas lindas. Quanto às emoções, demonstrava ligeira labilidade emocional e alguma ansiedade por ter encontrar explicação para o atual momento em que vive.

A nível do pensamento, apresentava coerência e memória conservada, discurso espontâneo, normoléxico, organizado. Adota um discurso tendencialmente negativista, culpabilizando-se a si próprio da sua situação. Existe muito apoio afetivo por parte da família,

nomeadamente da esposa e do filho. O apoio é efetivo, mas não suprime as suas necessidades de conforto e confiança para falar de si.

Após a avaliação diagnóstica do utente, levantei vários diagnósticos e intervenções possíveis e de acordo com o estado clínico do utente.

Eixos Proc. Enf	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Local	Recursos
Diagnósticos de Enfermagem		Caso Clínico 2	Depressão	Presente em grau moderado	Serviço Psiquiatria do Hospital DMG em Portalegre	Aplicação do Inventário de Beck 13 pontos
	Promover suporte emocional		Auto estima			Entrevista de Ajuda
Intervenções de Enfermagem	Promover e Incentivar	Caso Clínico 2	Adesão ao regime terapêutico		Durante o internamento	Psicoeducação
	Incentivar os cuidados de higiene e conforto		Imagem Corporal			Psicoeducação
	Reduzir		Ansiiedade			Atividades em Grupo Psicoeducação
Resultados de Enfermagem	Restabelecer os padrões sono reduzir durante o dia	Caso Clínico 2	Insónia			Psicoeducação
			Depressão	Presente em grau Reduzido		Aplicação do Inventário de Beck 8 pontos

**Tabela III** – Plano Individual de Intervenção – Caso Clínico 2

Caraterizada a situação clínica e reajustado terapêuticamente o utente, por parte do Psiquiatra, foram planeadas e realizadas as intervenções de enfermagem, dando assim resposta às necessidades e problemas levantados no plano de cuidados. Desde logo, e de acordo com o programa de intervenção terapêutica, a que propus realizar de acordo e em concordância com o utente, a minha intervenção baseou-se na relação de ajuda e nas sessões programadas de psicoeducação da patologia depressiva procurando capacitar o utente a conhecer o mecanismo da sua doença, identificar os sinais e sintomas de alerta, identificar medidas a tomar e prevenir recaídas, percebendo importância da adesão ao regime terapêutico, hábitos de sono e consequentemente a melhoria do seu estado geral.

Saliento a realização das 3 sessões programadas de psicoeducação, a posterior aplicação do BDI para avaliação do grau de severidade da sua patologia após o cumprimento do seu plano individual de intervenção, recorrendo ainda a um breve questionário de satisfação do utente, no qual pretendia apurar o feedback alcançado com a realização das várias sessões de Psicoeducação e futuramente melhorar a minha intervenção.

Na programação da alta, considereei que a minha intervenção foi eficaz para o utente, pela **avaliação final do BDI** apresentou um score de **8 pontos** o que reduziu significativamente o grau de severidade de depressão traduzindo-se segundo BDI sem Depressão ou Depressão Leve. O utente consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que certamente o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades.

Refere que adquiriu novos conhecimentos e que consolidou estratégias, para restabelecer de novo a sua saúde mental. Foi marcada consulta no departamento de psiquiatria para avaliação do seu estado de saúde mental passado um mês do momento da alta, sempre com a disponibilidade de contactar logo que necessite o serviço de internamento, qualquer esclarecimento ou dúvida que exista.

Passado um mês da alta clínica, o utente foi observado nas consultas externas do departamento de Psiquiatria, mantinha a boa evolução da sua situação de saúde, a adesão terapêutica estava respeitada e apresentava-se empenhado e motivado por se sentir cada vez melhor, pelo que passou a ser seguido nas consultas externas de 3 em 3 meses para avaliação.

Como resultado das intervenções terapêuticas a que foi sujeito houve a melhoria dos vários problemas levantados no plano individual de intervenção.

**Ansiedade – Diminuída** - Através das sessões de psicoeducação fornecidas o utente possui um melhor conhecimento sobre a sua doença, e consegue identificar sinais e sintomas, bem como o que fazer numa situação de eventual crise.

**Aceitação do seu estado de saúde – Melhorado** - o utente consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que certamente o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades.

**Auto Estima – Melhorada** – O utente de forma eficaz realiza com êxito todas as tarefas propostas pela equipa multidisciplinar, de forma gradual consegue valorizar-se a si próprio na recuperação da sua auto-estima e gosto pela vida. Adota estratégias de ocupação dos tempos livres com leitura e realização de atividades planeadas.

**Insónia - Ausente** – O padrão de sono foi restabelecido, o utente respeita um período de sono de 7/8h no período noturno.

**Imagem Corporal – Melhorada** - O utente no final do internamento, mostra interesse na sua imagem corporal, corta a barba diariamente respeitando um hábito perdido há algum tempo, a sua apresentação pessoal para com a família é cuidada sendo sujeito ao reforço positivo por parte do filho e esposa.

### **Estudo de Caso nº3**

**Entrevista de avaliação diagnóstica** - A utente MA do género feminino, raça caucasiana e de 44 anos de idade deu entrada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande, EPE proveniente do Serviço de Urgência da mesma Unidade Hospitalar, com o diagnóstico clínico principal de Depressão. Foi trazida ao Serviço de Urgência pelo INEM, devido a ter sido encontrada em casa pelo companheiro com uma caixa de Benzodiazepinas ao seu lado, que ingeriu. Após lavagem gástrica a que foi sujeita, referiu não ter vontade de viver, humor bastante deprimido, perda de apetite, insónia, problemas familiares, este quadro agravou-se na última semana após uma discussão com a filha de 18 anos, que a culpabilizou pela vida que tem.

Inicialmente analisei o processo clínico da utente de forma a perceber todo o historial clínico e motivo do seu internamento.

**Quando questionada sobre o que se passou**, a utente reage com silêncio, encolhendo os ombros, sabe apenas que foi internada no serviço de psiquiatria porque ingeriu comprimidos em quantidade substancial, referiu 20, porque já não aguenta a vida que tem. Refere que *“não tem vontade de viver, que desde pequena a sua vida tem sido um tormento.”*

**Na perspectiva do enfermeiro** a utente de 44 anos de idade, residente em Ponte Sôr, empregada de Supermercado, divorciada do primeiro casamento do qual tem uma filha de 18 anos, vive atualmente com o companheiro de quem tem mais dois filhos, com as idades de 12 e 6 anos.

Referiu que nunca esteve internada no serviço de psiquiatria, e que era apenas seguida em regime de consulta de psicologia no Centro de Saúde da sua área de residência, Ponte Sôr, por problemas familiares desde a infância, segundo a utente, foi abusada sexualmente pelo próprio pai, episódio que nunca esqueceu, tendo vivido sempre com esse peso. Mais tarde, no primeiro casamento foi alvo de maus tratos pelo marido, devido a este ser dependente de substâncias aditivas e quando contrariado, optava pela violência física e verbal.

Atualmente, a filha mais velha da utente, já com 18 anos e filha do primeiro casamento, não aceita o novo companheiro da utente, evidenciando um clima hostil quando os dois se relacionam. A mãe acabara de falecer à cerca de dois meses, para grande tristeza da utente uma vez que fazia parte do seu agregado familiar, agora apenas conta com o apoio de uma irmã mais velha como familiar direto.

Relativamente à apresentação e postura, apresentava um aspeto descuidado, roupa escura (fato de treino preto), cabelos compridos e descuidados, adotou sempre uma postura retraída, com a cabeça baixa e olhar dirigido ao chão. Ombros encovados e retraídos. A sua idade aparente não estava de acordo com a sua idade real, ou seja aparentava ser mais velha.

O contacto que se estabeleceu não foi fácil e a abordagem inicialmente ficou aquém das expectativas por mim delineadas, aguardei nova oportunidade para o contacto e iniciar então uma nova abordagem e relação terapêutica. Ainda assim, do pouco que me foi permitido constatar da utente a expressão mímica e motora coerente com as vivências que apresenta. O tom da voz era baixo, pausado, com uma linguagem simples, utilizando muito o “sim” e o “não”, mostrou-se pouco comunicativa e renitente à abordagem. No entanto após o primeiro dia de internamento e depois de nova abordagem terapêutica, a utente apresentava-se mais calma, orientada alo e auto psiquicamente, mais colaborante e comunicativa, aparentemente com consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

Ao nível dos impulsos e vontade não demonstra interesse pela vida, sem prazer em participar nas várias atividades, está consciente que tem comportamento fechado e inibido, caracterizando-se com o humor deprimido durante a entrevista.

Relativamente aos afetos, a utente sente-se insegura embora demonstre carinho pelos filhos, pelo companheiro atual e pela irmã, o seu principal apoio nas situações mais complicadas

da sua vida. Sem interação social demonstrada, refere apenas que vai trabalhar e dedica-se aos filhos sem atividades de lazer relevantes, segundo a utente. Quanto às emoções, claramente, instável a nível emocional, insegura de si mesmo, assume sentir-se ansiosa, triste e “desesperada”.

O seu pensamento é pouco fluído mas coerente, com discurso lentificado mas espontâneo, normoléxico, organizado. Denota um discurso pessimista, e refere que gostava de desaparecer, apesar de ter consciência que faz muita falta aos seus filhos, principalmente aos mais pequenos.

Inicialmente baseiei a minha intervenção, na tentativa de estabelecer uma relação de confiança com a utente, potenciando a relação de ajuda, através da entrevista de ajuda. Procurei melhorar a sua situação clínica, tornando o seu comportamento mais adequado, elevando a sua auto-estima e motivando-a na procura de estratégias. Foi sujeita a reajustes ao nível da terapêutica pela equipa médica o que completa significativamente as intervenções psicoterapêuticas.

Após a realização da entrevista de avaliação diagnóstica, entrevista de ajuda, a utente foi proposta a integrar as sessões de psicoeducação, posteriormente ao preenchimento do BDI, onde apresentou um score de 29 pontos, o que equivale ao diagnóstico de Depressão Moderada a Grave. Deste modo, pretende-se que a utente adquira a capacidade para conhecer o mecanismo da sua doença, identificar os sinais e sintomas de alerta, identificar medidas a tomar para prevenir recaídas, perceber importância da adesão ao regime terapêutico. Foi também potenciada a valorização da utente para a sua família, nomeadamente para os seus filhos, uma vez que melhorada a condição clínica, também a idealização suicida que a levou ao serviço de urgência deixava de fazer sentido segundo a própria utente referiu.

Proc. Enf	Eixos	Ação	Cliente	Foco	Índice	Local	Tempo	Recursos
Diagnósticos de Enfermagem			Caso Clínico 3	Depressão	Presente em grau Moderado a Grave	Serviço Psiquiatria do Hospital DJMG em Portalegre		Aplicação do Inventário de Beck 29 pontos
		Promover suporte emocional		Auto estima Vontade de viver				Entrevista de Ajuda Psicoeducação
Intervenções de Enfermagem		Promover e Incentivar	Caso Clínico 3	Coping Eficaz		Durante o internamento		Psicoeducação
		Incentivar os cuidados de higiene e conforto		Imagem Corporal				Psicoeducação
		Incentivar e promover		Interação social e familiar				Atividades em Grupo Apoio social
Resultados de Enfermagem		Restabelecer os padrões sono reduzir durante o dia	Caso Clínico 3	Insónia				Psicoeducação
				Depressão	Presente em grau Ligeiro			Aplicação do Inventário de Beck 17 pontos

**Tabela IV – Plano Individual de Intervenção – Caso clínico 3**

Na última semana do internamento, considerei que o trabalho realizado com a utente na primeira fase foi difícil, devido à sua situação clínica e ao motivo que a levou ao internamento. Ganhar a confiança da utente e estabelecer uma relação de ajuda com a mesma, foi uma intervenção que exigiu bastante persistência e motivação da equipa de enfermagem.

Desta forma a utente mostrou-se motivada e empenhada a alterar a forma de pensar em relação à sua vida, referindo que não quer voltar a estar internada.

No que diz respeito as intervenções identificadas, no final do internamento apresentavam-se da seguinte forma:

**Interação Social – Melhorada** – A utente com tendência a isolar-se do grupo, encontra agora algum suporte emocional, junto dos profissionais e do próprio grupo de utentes internados do serviço. Mostra interesse em voltar ao seu emprego e à sua família. Refere *“que a pior fase já passou e que só quer ir para junto dos seus filhos”*.

**Imagem Corporal – Melhorada** – De acordo com a autoimagem, a utente consegue adotar comportamentos que melhorem a sua imagem corporal e a forma como quer que os outros a vejam.

**Vontade de viver – Aumentada** – Definiu como sua grande prioridade o bem-estar dos seus filhos, como tal entendeu através das sessões de psicoeducação que a melhoria do seu estado de saúde, traz por consequência um benefício para a sua família mais concretamente os seus filhos. Cumpre de forma eficaz todas as indicações da equipa de enfermagem, desde o cumprir o regime terapêutico, até à realização das tarefas diárias propostas. Refere *“não querer estar mais internada”*.

**Auto estima – Aumentada** – A utente ao longo do internamento registou uma melhoria da auto-estima, consegue identificar quais as estratégias a utilizar, centradas tanto a nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, valorizando a sua condição de acordo com o seu estado mental.

Como foi realizado nas anteriores intervenções de psicoeducação, foi novamente aplicado a **escala BDI** antes da alta hospitalar, e de acordo com as respostas da utente, a mesma apresentou um score de **17 pontos**, correspondente à sintomatologia Ligeira na escala já referida. Conclui-se que comparativamente com o valor apresentado na admissão relativamente à mesma escala, a sua situação clínica melhorou e que as intervenções realizadas produziram um efeito considerável no diagnóstico principal da utente.

A reação ao valor apresentado por parte da utente foi positiva, mostrou-se motivada e empenhada em alterar algumas das situações que a vinham afetando e a forma de pensar perante

as adversidades, referindo que tem de estar bem para ajudar no crescimento dos filhos e consolidando as relações familiares que foram afetadas pelo seu estado de saúde mental. Teve então alta do serviço para o domicílio, sendo posteriormente seguida em consulta externa sensivelmente 1 mês após alta para reajuste terapêutico e correspondente avaliação.

## **5 - Reflexão dos Resultados**

O desempenho na enfermagem necessita conhecer a pessoa, a pessoa cuidada mas também a pessoa do enfermeiro, exigindo um elevado sentido de autoconhecimento. Evoluir como enfermeiro é ir desenvolvendo competências, potenciando ao máximo o que nos for dado viver, integrando experiências e a crescer com elas.

Com a realização deste trabalho foi fundamental refletir sobre as intervenções que desenvolvi, olhar para mim próprio e para o mundo que me rodeia sob uma perspetiva mais ampla, profunda e integrada. Uma análise crítica das dificuldades e obstáculos sentidos, bem como a aquisição das competências fundamentais do EESMP, foram objetivos definidos inicialmente por mim na realização desta intervenção profissional, foram essencialmente os alicerces basilares de todo este processo de aprendizagem.

A principal ação da minha intervenção terapêutica foi o planeamento de três sessões psicoeducativas na patologia depressiva, o programa teve como objetivo capacitar o utente com informação cuidada, a conhecer a sua própria patologia, a detetar precocemente sinais e sintomas da mesma, procurando evitar reinternamentos e recaídas sucessivas, atuando de forma rápida na crise evitando o internamento em condições graves.

De acordo com a intervenção terapêutica, considero que apesar das sessões de psicoeducação serem promotoras de aprendizagem, ao serem realizadas em apenas três sessões devido a curta duração do internamento é difícil para os utentes a interiorização de muita informação. Assim, constato que em futuras sessões de psicoeducação, o planeamento das intervenções deverá ser entre 6 a 8 para que os utentes de forma gradual adquiram os conhecimentos preconizados no início.

A literatura diz-nos que a psicoeducação pode-se realizar em grupo ou individualmente, optei por realizar individualmente e personalizadas de acordo com as necessidades de cada um, tendo sempre em conta a temática das respetivas sessões.

Os internamentos de curta duração foi uma das dificuldades sentidas para a execução de um plano de intervenção psicoeducativo completo, capaz de dar resposta às necessidades dos utentes. A escolha cuidada da informação face às características do utente, procurando ser direto e objetivo na transmissão dos aspetos definidos na preparação das sessões de Psicoeducação, caracterizou-se por um processo complexo e seletivo.

O principal objetivo da psicoeducação como já anteriormente referi é promover a participação ativa por parte do utente, na procura de perceber a sua patologia e definir estratégias próprias para lidar com a mesma. A estrita ligação com os profissionais de saúde torna a ação terapêutica mais efetiva, permite algo mais que uma simples transmissão de informações embora existam evidências de que só isso já traz benefícios no tratamento.

Importa referir também que toda a intervenção terapêutica foi realizada de forma individualizada, desde as entrevistas de avaliação de diagnóstico, às sessões de psicoeducação, intervindo de acordo com as necessidades de cada utente. Acrescento ainda que, através das entrevistas cada utente demonstrou o modo como entende a sua situação clínica, a sua necessidade contínua de cuidados e a necessidade de adesão à terapêutica. Foi importante também conhecer a sua condição sócio-familiar e estabelecer estratégias para o seu envolvimento em todo o processo de recuperação do utente, caso seja possível.

A estratégia de estabelecer uma relação terapêutica adequada desde o início do internamento foi claramente um dos pontos fortes para o sucesso das intervenções e colaboração dos utentes selecionados a participar do programa Psicoeducativo.

O reforço da autoestima do utente colocando-o como elemento chave em todo o processo de recuperação foi também um ponto que merece destaque na obtenção de resultados positivos.

A definição dos critérios de seleção, delinearão todo o processo de seleção e recrutamento da população alvo, sabendo inicialmente que o diagnóstico clínico mais frequente no serviço era a Depressão, houve apenas que enquadrar os critérios definidos inicialmente, às características clínicas dos utentes, pois nem todos reuniam as condições necessárias, para a intervenção psicoterapêutica proposta.

Com os utentes definidos, inicia-se as sessões de psicoeducação. Foi difícil trabalhar com alguma privacidade, pois as características do serviço carecem de salas próprias para desenvolver ações e atividades psicoterapêuticas em regime de internamento.

Ainda assim, o programa de intervenção planeado foi realizado de acordo com o previsto ajustando pormenores e tendo em conta algum *feedback* sugerido pelos próprios utentes. De salientar a dinâmica de toda a equipa multidisciplinar no apoio e interesse na realização de toda a intervenção terapêutica e na obtenção de resultados positivos. Foi possível constatar que os

utentes que integraram as três sessões psicoeducativas da depressão reduziram substancialmente a severidade da sua patologia, pela aplicação da escala BDI e obtiveram um melhor auto-conhecimento no que diz respeito à sua doença, aprendendo a lidar com sintomas e sinais patológicos e a potenciar estratégias em si próprios com vista à recuperação e manutenção da sua saúde mental.

O trabalho que foi desenvolvido com os utentes ao longo do programa de psicoeducação, fez-me acreditar na sua capacidade de mudança e evolução positiva nos seus processos de saúde mental. Através das sessões de psicoeducação experienciadas os utentes possuem um melhor conhecimento sobre a sua doença, conseguem identificar sinais e sintomas e o que devem fazer perante uma situação de crise. Foi ainda possível verificar que durante a intervenção, não existiram reinternamentos dos respetivos utentes.

Caminha *et al* (2003), citados por Figueiredo (2009) dizem que a psicoeducação dá a possibilidade ao utente de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da perturbação psicológica que precisa enfrentar, pois o mesmo passa a conhecer as consequências e os fatores desencadeantes e antecessores dos problemas ou da patologia que apresenta. A psicoeducação promove o auto-conhecimento, revela-se uma importante “arma psicoterapêutica” na determinação do fator ou dos fatores que desencadearam a crise depressiva.

A psicoeducação favorece a inclusão social, proporciona conhecimentos científicos sobre as situações de saúde e dos tratamentos efetuados, e contribui para momentos de maior introspeção ao abarcar também a complexidade e a subjetividade de ter que se conviver com o que é socialmente considerado uma doença mental. O autoconhecimento permite autonomia e responsabilidade na tomada de decisões e dá a noção da liberdade de escolher o próprio caminho já que traz à consciência os seus próprios limites e potencialidades. Neste sentido, a psicoeducação traça um caminho que vai do conhecimento ao auto-conhecimento tendo em vista a reabilitação psicossocial e uma maior qualidade de vida do utente.

Na avaliação da intervenção psicoterapêutica por parte dos utentes que nela participaram, constatei através de questionários de satisfação, que foi muito positiva não só pelos testemunhos efetuados no final das sessões por cada um deles, mas também por observar que após a alta hospitalar nenhum foi re-internado no serviço durante o resto do meu ensino clínico, a adesão terapêutica foi mantida e a presença em consultas programadas foi respeitada.

Os resultados obtidos foram posteriormente comunicados ao enfermeiro orientador, à enfermeira chefe e ao médico assistente do utente de forma a complementar o projeto terapêutico, assim como foi colocada uma cópia do mesmo nos processos dos utentes. Em

relação aos questionários realizados aos três utentes após as sessões de psicoeducação, todos referiram que a sessão foi benéfica para eles.

Em relação à pergunta se “a sessão contribuiu para a melhoria do seu bem-estar?”, também todas responderam que “sim”, o que me deixou um sentimento positivo, que de alguma forma contribuiu para ajudar o utente na recuperação da sua saúde mental.

Por fim, também todos os utentes afirmaram que voltariam a participar em sessões de psicoeducação na medida em que referiram que se sentiram mais seguros quando conhecem mais aprofundadamente a sua patologia e conseguem lidar com os sinais e sintomas que dela advém. Na pergunta quatro, como consideraram a postura do enfermeiro durante a sessão, responderam muito adequada e profissional com um objetivo bem definido de os ajudar a lidar com a sua condição de saúde. Por fim, relativamente aos materiais apresentados e local onde se desenvolveu as sessões, todos os utentes completaram o questionário respondendo adequados ao efeito.

Constato que, embora a intervenção psicoterapêutica em contexto ensino clínico no internamento do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDJMG ter sido realizada a apenas 3 utentes, considero que os resultados obtidos no âmbito do projeto desenvolvido tiveram implicações positivas na assistência e recuperação do utente depressivo, desenvolveu em mim um raciocínio clínico diferenciado, promovendo e adequando estratégias próprias de acordo com as necessidades de cada utente, traçando um plano individual de cuidados de enfermagem que contemplou todos os diagnósticos levantados por parte da equipa de enfermagem.

Com isto quero dizer que, atingir determinado tipo de objetivos pressupõe a existência de determinadas competências, ou o seu desenvolvimento. O ensino clínico permitiu o confronto com a realidade, a integração do saber teórico na prática e o desenvolvimento de competências, que neste caso se desejam especializadas, na perspetiva do saber-ser, saber-estar e saber-fazer.

Deste modo passo a citar:

- Possuir um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, através da reflexão sobre a situação que os utentes expuseram.
- Assistir a pessoa na otimização da sua saúde mental, através da execução de uma avaliação abrangente das suas necessidades em cuidados de saúde mental e seguidamente da formulação dos diagnósticos a trabalhar com os utentes, tendo como fim a monitorização dos resultados obtidos de modo a determinar a efetividade do plano de cuidados instituído, bem como os ganhos adquiridos em saúde mental;

- Prestar cuidados no âmbito psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, de modo a que os utentes adquiram conhecimentos e habilidades, através do desenvolvimento de um programa psicoeducativo e treino de habilidades, que promovam o conhecimento, e a compreensão dos problemas relacionados com a sua saúde mental.

Este fenómeno evolutivo de aquisição de competências é referido por Phaneuf (2005), que apresenta ainda a definição de competência clínica em enfermagem como *“um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas do enfermeiro, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”*. (p.4)

## 6 - Considerações Finais

A enfermagem é uma profissão com uma identidade própria que conquistou o seu próprio espaço de responsabilidade e autonomia, devido em grande parte ao alargamento do seu campo de competências. Ao enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria, compete prestar cuidados que requerem um nível mais aprofundado de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situação de crise ou risco, no âmbito de saúde mental e psiquiatria (Portugal, 1991).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o processo de cuidar da pessoa, família, do grupo e da comunidade, vai permitir “ (...) *desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial*” (p.1). A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, segundo

Nabais, (2008) consiste na “*incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social*” (p.40).

Com a realização deste trabalho e conseqüentemente a exposição de todo o ensino clínico mobilizei-me a mim próprio como instrumento terapêutico, desenvolvi vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que me possibilitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas e psicoeducacionais adquiridas com esta prática clínica. Durante o ensino clínico estabeleci relações de confiança e parceria com os utentes, e além disso aumentei o meu *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. Relativamente à participação no tratamento de utentes com depressão, as intervenções de enfermagem permitiram contribuir para a adequação das respostas da pessoa e família face aos problemas específicos relacionados com a patologia depressiva, nomeadamente a adesão à terapêutica, o autocuidado, a ocupação útil, o conhecimento da sua própria patologia (Intervenções Psicoeducativas), o diagnóstico pelo próprio, de sinais e sintomas que dela resultam, entre outros.

Como resultado final, assume-se o objetivo de evitar o agravamento da situação e a desinserção social do utente, promovendo a recuperação e qualidade de vida do próprio e de toda a família.

## 7 - Referências Bibliográficas

- Alonso, I. (2003) - La depression en la tercera Edad. Geriatrianet.com Revista electrónica de geriatría e gerontología, vol.5, nº 2
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., & Harper, J. P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 199–204.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*.
- Callahan, M.A. & Bauer, M.S. (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North América*.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica*, Lisboa, 25 a 27 de Julho.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 145–51.
- Chalifour, J. (2009) – A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção. Volume II. Loures: Lusodidacta.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B., & Tam, W. (2009). Patient Education and Counseling Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers, 75, 67–76.
- Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (2003) 2ª edição.

- Colom F, Vieta E, et al. (2004). What is the role of psychotherapy in treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatic*.
- Colom, F; Vieta, E (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Colom, F; Vieta, E; *et al.* (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial". *The British Journal of Psychiatr*, v.194,n.3,p.260-265.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cortesão, L. Leite, C. e Pacheco, J. (2002). *Trabalhar por projetos em educação. Uma inovação interessante?* Porto: Porto Editora.
- DSM-V / [American Psychiatric Association, (2014) tradução. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - Porto Alegre: Artmed
- Grevet, E. H., Abreu, P. B. De, & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25 (3), 446 – 452.
- Gotlib & Joormann, J. Ian, H (2010) - *Cognition and Depression: Current Status and Future Directions Annual Review of Clinical Psychology Vol. 6:* 285-312 (Volume publication date April 2010) First published online as a Review in *Advance* on January 4.
- Leite, E., Malpique, M., Santos, M.R. (2001) – *Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: 4ª edição, Edições Afrontamento
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau –Formação e saúde, Lda.

- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223 – 245.
- Murray, C., Lopez, A. (1996) - *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of WHO and the World Bank.
- Nabais, A. (2008) – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos*. *Ordem dos Enfermeiros*, n.º 30. p38-43.
- Neeb, K. (2000) – *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de [OrdemdosEnfermeiros:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Obtido de [Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx)
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). *Lithium maintenance: a standard education program for patients*. *British Journal of Psychiatry*.
- Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoe The therapeutical benefits of psychoeducation, 169, 184 – 187.
- Pitschel-Walz, G., Rummel-Kluge, C., Reichhart, T., Bäuml, J., & Kissling, W. (2007). Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important? - Comments on the study by McWilliams et al., 2007. *European Psychiatry*, 22, 479–480.
- Phaneuf, M. (2005) - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures (PT): Lusociência.
- Post RM (1992) - *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*. *The American Journal of Psychiatry*.

- Post RM, Ketter TA, Speer AM, et al. (2000) - *Predictive validity of the sensitization and kindling hypotheses*. In: Soares JC, Gershon S, editors. *Bipolar Disorders: Basic Mechanisms and therapeutic Implications*. New York: Marcel Dekker,; p. 387 – 432.
- Portugal (1991) - Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, Artigo 7º, Ponto 3.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.
- Tudor, S. L. (2013). Formal – Non-formal – Informal in Education. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*,76, 821–826.
- Vieta, E, Colom, F. (2004) - Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 26 (supl. 3), 47-50.
- Kaplan H., Sadock B., Grebb J. (2007) - *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento psiquiatria clínica*. trad. Dayse Batista. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler RC, Walters EE and Forthofer MS. (1998) - *The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability*. *The American Journal of Psychiatry*.
- Xavier, M et al (2013). *Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures*. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:19. Acedido em Fevereiro 2016. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>
- WHO (2008). *MhGAP – Mental Health Gap Action Programme*. Acedido em janeiro 2016. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/)

## 8 - Anexos

### Anexo I – Inventário da Depressão de Beck

LOGOTIPO – ULSNA – DPSM

ETIQUETA DO DOENTE
--------------------

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Nº Mec: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INVENTÁRIO DEPRESSÃO BECK

#### INSTRUÇÕES

Este Questionário é constituído por vários grupos de afirmações (21 no total).  
Assinale com uma cruz ☒ a resposta que melhor descreve a forma como se sente hoje.  
Se pretender anular ou modificar uma resposta assinala a primeira resposta com um círculo O e assinala com uma cruz ☒ a resposta que pretendes que seja válida.

			<input checked="" type="checkbox"/>
1	A	Não me sinto triste.	
	B	Ando "neura" ou triste	<input checked="" type="checkbox"/> 1
	C	Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo	
	D	Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim	
	E	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar	
2	A	Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajada em relação ao futuro	<input checked="" type="checkbox"/> 0
	B	Sinto-me com medo do futuro	
	C	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro	
	D	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	
	E	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	
3	A	Não tenho a sensação de ter fracassado	
	B	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	<input checked="" type="checkbox"/> 1
	C	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	
	D	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos	
	E	Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)	
4	A	Não me sinto descontente com nada em especial	
	B	Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo	<input checked="" type="checkbox"/> 1
	C	Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente	
	D	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	
	E	Sinto-me descontente com tudo	
5	A	Não me sinto culpado(a) de nada em particular	<input checked="" type="checkbox"/> 0
	B	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor	
	C	Sinto-me bastante culpado	
	D	Agora, sinto permanentemente, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor	
	E	Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada	

Continua no verso ↪

6	A	Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal	<input type="checkbox"/>	
	C	Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado	<input type="checkbox"/>	
	D	Sinto que mereço ser castigado	<input type="checkbox"/>	
	E	Quero ser castigado	<input type="checkbox"/>	
7	A	Não me sinto descontente comigo	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Estou desiludido comigo mesmo	<input type="checkbox"/>	
	C	Não gosto de mim	<input type="checkbox"/>	
	D	Estou bastante desgostoso comigo	<input type="checkbox"/>	
	E	Odeio-me	<input type="checkbox"/>	
8	A	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa	<input type="checkbox"/>	
	B	Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros	<input checked="" type="checkbox"/>	2
	C	Culpo-me das minhas próprias faltas	<input type="checkbox"/>	
	D	Acuso-me por tudo de mal que me acontece	<input type="checkbox"/>	
9	A	Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Tenho ideias de por termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar	<input type="checkbox"/>	
	C	Sinto que seria melhor morrer	<input type="checkbox"/>	
	D	Creio que seria melhor para a família que eu morresse	<input type="checkbox"/>	
	E	Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à vida	<input type="checkbox"/>	
	F	Matar-me-ia se tivesse oportunidade	<input type="checkbox"/>	
10	A	Actualmente não choro mais do que o costume	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Choro mais agora do que costumava	<input type="checkbox"/>	
	C	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo	<input type="checkbox"/>	
	D	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade	<input type="checkbox"/>	
11	A	Não ando mais irritado do que de costume	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava	<input type="checkbox"/>	
	C	Sinto-me permanentemente irritado	<input type="checkbox"/>	
	D	Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente	<input type="checkbox"/>	
12	A	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter	<input type="checkbox"/>	
	C	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas	<input type="checkbox"/>	
	D	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada	<input type="checkbox"/>	
13	A	Sou capaz de tomar decisões, tão bem como antigamente	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões	<input type="checkbox"/>	
	C	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	
	D	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão	<input type="checkbox"/>	
14	A	Não acho que tenha pior aspecto do que o costume	<input checked="" type="checkbox"/>	0
	B	Estou aborrecido porque estou a parecer velho(a) e pouco atraente	<input type="checkbox"/>	
	C	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente	<input type="checkbox"/>	
	D	Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo	<input type="checkbox"/>	

Continua

15	A	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente	
	B	Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar	X
	C	Não consigo trabalhar tão bem como costumava	
	D	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for.	
	E	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja	
16	A	Consigo dormir tão bem como dantes	
	B	Acordo mais cansado de manhã do que era habitual	X
	C	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer	
	D	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas	
17	A	Não me sinto mais cansado do que é habitual	
	B	Fico cansado com mais facilidade do que antigamente	X
	C	Fico cansado quando faço seja o que for.	
	D	Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que quer que seja	
18	A	O meu apetite é o mesmo de sempre	
	B	O meu apetite não é tão bom como costumava ser	X
	C	Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente	
	D	Perdi completamente o apetite que tinha	
19	A	Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum	X
	B	Perdi mais do que 2,5 quilos de peso	
	C	Perdi mais de 5 quilos de peso	
	D	Perdi mais de 7,5 quilos de peso	
20	A	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual	
	B	Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo	X
	C	Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa	
	D	Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto	
21	A	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual	
	B	Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar	X
	C	Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual	
	D	Perdi completamente o interesse pela vida sexual	

□

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

Fonte: Validada para a população portuguesa por SERRA, A. E ABREU, P. (1973).

- 1 - Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- 2 - Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- 3a - Sinto que mereço ser castigado
- 3b - Quero ser castigado

#### **G - ÓDIO A SI MESMO**

- 0 - Não me sinto descontente comigo mesmo
- 1a - Estou desiludido comigo mesmo
- 1b - Não gosto de mim
- 2 - Estou bastante desgostoso comigo mesmo
- 3 - Odeio-me

#### **H - AUTO-ACUSAÇÕES**

- 0 - Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- 2 - Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- 2 - Culpo-me das minhas próprias faltas
- 3 - Acuso-me por tudo de mal que acontece

#### **I - DESEJOS SUICIDAS**

- 0 - Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo
- 1 - Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- 2a - Sinto que seria melhor morrer
- 2b - Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- 3a - Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
- 3b - Matar-me-ia se tivesse oportunidade

#### **J - CRISES DE CHORO**

- 0 - Actualmente não choro mais do que de costume
- 1 - Choro agora mais do que costumava
- 2 - Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- 3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

#### **K - IRRITABILIDADE**

- 0 - Não ando agora mais irritado do que de costume
- 1 - Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- 2 Sinto-me permanentemente irritado
- 3 - Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

#### **L - AFASTAMENTO SOCIAL**

- 0 - Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- 1 - Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- 2 - Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas

- 3 - Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

**M – INCAPACIDADE DE DECISÃO**

- 0 - Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente  
1 - Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões  
2 - Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas  
3 - Sinto-me completamente incapaz de tomar decisões

**N – DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

- 0 - Não acho que tenha pior aspecto do que de costume  
1 - Sinto-me aborrecido porque estou a parecer mais velho ou pouco atraente  
2 - Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente  
3 - Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

**O – INCAPACIDADE DE TRABALHAR**

- 0 - Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente  
1a - Actualmente preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar  
1b - Não consigo trabalhar tão bem como costumava  
2 - Tenho de dispender um grande esforço para fazer seja o que for  
3 - Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

**P – PERTURBAÇÕES DO SONO (Acordar precoce)**

- 0 - Consigo dormir tão bem como dantes  
1 - Acordo mais cansado de manhã do que era habitual  
2 - Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer  
3 - Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas

**Q – FATIGABILIDADE**

- 0 - Não me sinto mais cansado do que é habitual  
1 - Fico cansado com mais facilidade do que antigamente  
2 - Fico cansado quando faço seja o que for  
3 - Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

**R – PERDA DE APETITE**

- 0 - O meu apetite é o mesmo de sempre  
1 - O meu apetite não é tão bom como costumava ser  
2 - Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente

- 3 - Perdi completamente todo o apetite que tinha

**S – PERDA DE PESO**

- 0 - Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1 - Perdi mais de 2,5 quilos de peso
- 2 - Perdi mais de 5 quilos de peso
- 3 - Perdi mais de 7,5 quilos de peso

**T – HIPOCONDRIA**

- 0 - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- 1 - Sinto-me preocupado, com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo
- 2 - Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa
- 3 - Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

**U – DIMINUIÇÃO DA LÍBIDO**

- 0 - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- 1 - Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
- 2 - Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual
- 3 - Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

## Anexo II – Avaliação do Estado Mental

### ESQUEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

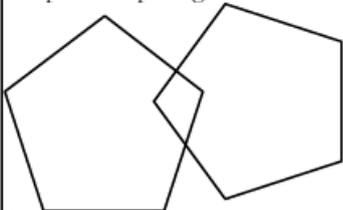
<b>Ordem de Avaliação do Estado Mental</b>	<b>Consciência, Atenção, Percepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afetividade, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta e Linguagem</b>
<b>APARÊNCIA</b>	<p>Deve-se observar o modo do paciente de andar, sua postura, roupas, adornos e maquiagem utilizados, sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho, atitude (amigável ou hostil), humor ou afeto predominante, modulação afetiva, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais e o contacto visual. O ideal é que seja feita uma descrição precisa, de maneira que o leitor possa visualizar a aparência física do paciente no momento do exame. Uma postura encurvada pode sugerir afeto triste, assim como desleixo no modo de vestir-se. Já o uso de roupas extravagantes e o excesso de adornos fazem pensar em mania ou características histéricas de personalidade. Uma pessoa com uma doença crónica ou com um grande sofrimento (por exemplo: depressão) pode aparentar uma idade maior do que a real, enquanto que pacientes hipomaníacos, histriónicos ou hebefrénicos podem parecer mais jovens. Pouco contacto de olhar pode indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento. É útil a comparação das características de aparência do paciente com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconómico, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação a aparência anterior da pessoa.</p>
<b>ACTIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO</b>	<p>A atividade psicomotora refere-se à maneira como a atividade física se relaciona com o funcionamento psicológico, considerando os aspetos quantitativos e qualitativos do comportamento motor do paciente. Um paciente em agitação psicomotora caminha constantemente, não consegue ficar quieto e frequentemente apresenta pressão para falar e ansiedade. Outros sintomas comuns são rabiscar, balançar pés ou pernas, cruzar e descruzar frequentemente as pernas, roer unhas, ficar enrolando o cabelo, etc., em padrão acelerado.</p> <p>O retardo psicomotor é caracterizado por uma lentificação geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento, usualmente acompanhado de humor deprimido. Também ocorrem: respostas monossilábicas, aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por longo tempo, pouca gesticulação, expressão facial triste ou inexpressiva. A atividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada, assim como podem ocorrer sintomas catatónicos ou de agitação. Consideram-se, ainda, outras formas de distúrbios específicos (que ocorrem em estados psicóticos), como movimentos estereotipados, maneirismos, negativismo (fazer o oposto do que está sendo requisitado), ecopraxia (imitar os movimentos de outra pessoa) e flexibilidade cérea (manter certa posição desagradável por horas apesar do aparente desconforto). É interessante que se descreva o tipo de atividade que o paciente apresentou durante a entrevista ao invés de apenas classificá-lo, por exemplo, "o paciente permaneceu imóvel durante toda a sessão" informa melhor do que apenas "o paciente apresenta grave retardo psicomotor".</p>

<p><b>ATTITUDE PERANTE O EXAMINADOR</b></p>	<p>Frequentemente os pacientes são inicialmente reservados, limitando-se a responder as perguntas do examinador. Alguns são mais abertos, fornecendo mais dados e informações ricas, a partir de menos perguntas. Outros são reticentes, fechados e até desconfiados, por vergonha, falta de vontade ou medo de contar suas experiências pessoais. Também podem ser hostis, numa tentativa de envergonhar ou humilhar o examinador; bajuladores, para agradar o entrevistador; ou sedutores. Ainda, podem ser ambivalentes, ou seja, apresentarem simultaneamente emoções aparentemente incompatíveis, positivas e negativas, em relação ao médico. Assim, a atitude frente ao examinador pode ser amigável, cooperativa, irónica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente. Aqui também é interessante que, além de classificar a atitude do paciente frente ao examinador, se realize uma descrição sumária da parte do relato do paciente que fez o médico pensarem tal atitude (dar um exemplo).</p>
<p><b>COMUNICAÇÃO COM O EXAMINADOR</b></p>	<p>Devem ser descritas as características da fala do paciente, em termos de quantidade, velocidade e qualidade de produção. Dessa forma, o tipo de comunicação pode ser descrito como normalmente responsavel, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Também podem ser incluídos aqui defeitos da fala, como gaguez e tiques vocais, como ecolàlia.</p>
<p><b>SENTIMENTOS DESPERTADOS</b></p>	<p>O entrevistador deve relatar a impressão emocional geral transmitida pelo paciente, ou seja, os sentimentos despertados em sua pessoa pelo paciente. Geralmente são sentimentos de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar. Tais dados podem ser uma importante pista para a psicopatologia subjacente.</p> <p>Destaca-se, ainda, que este item é intimamente relacionado com a aparência do paciente.</p>

Organização e adaptação de Joaquim Carvalho 2014 – ESESJD - UÉVORA

### Anexo III – Exame do Estado Mental

**Quadro 1** – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Em que estado nós estamos?	
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

#### **Anexo IV – Questionário de Satisfação dos Utentes**

Questionário de Satisfação do utente relativo às Sessões de Psicoeducação (Escolha a opção que melhor identifique a sua opinião sobre a sessão de psicoeducação) Como considera a sessão de Psicoeducação da patologia Depressiva?

- Nada Interessante
- Pouco Interessante     Sem opinião
- Interessante
- Muito Interessante

A sessão contribui para a melhoria do seu bem-estar?  Sim

- Não sabe
- Não

Como classifica o conhecimento face a doença, após a sessão de Psicoeducação?

- Piorou
- Mantêm
- Melhorou

Como considera a postura do Enfermeiro durante a sessão de Psicoeducação?

- Nada adequada
- Pouco adequada
- Sem opinião
- Adequada
- Muito adequada

Voltaria a participar novamente numa sessão de Psicoeducação?

- Sim
- Não Sabe
- Não

Sugestões que possa melhorar a intervenção terapêutica na sessão de Psicoeducação.

Obrigado pela sua colaboração